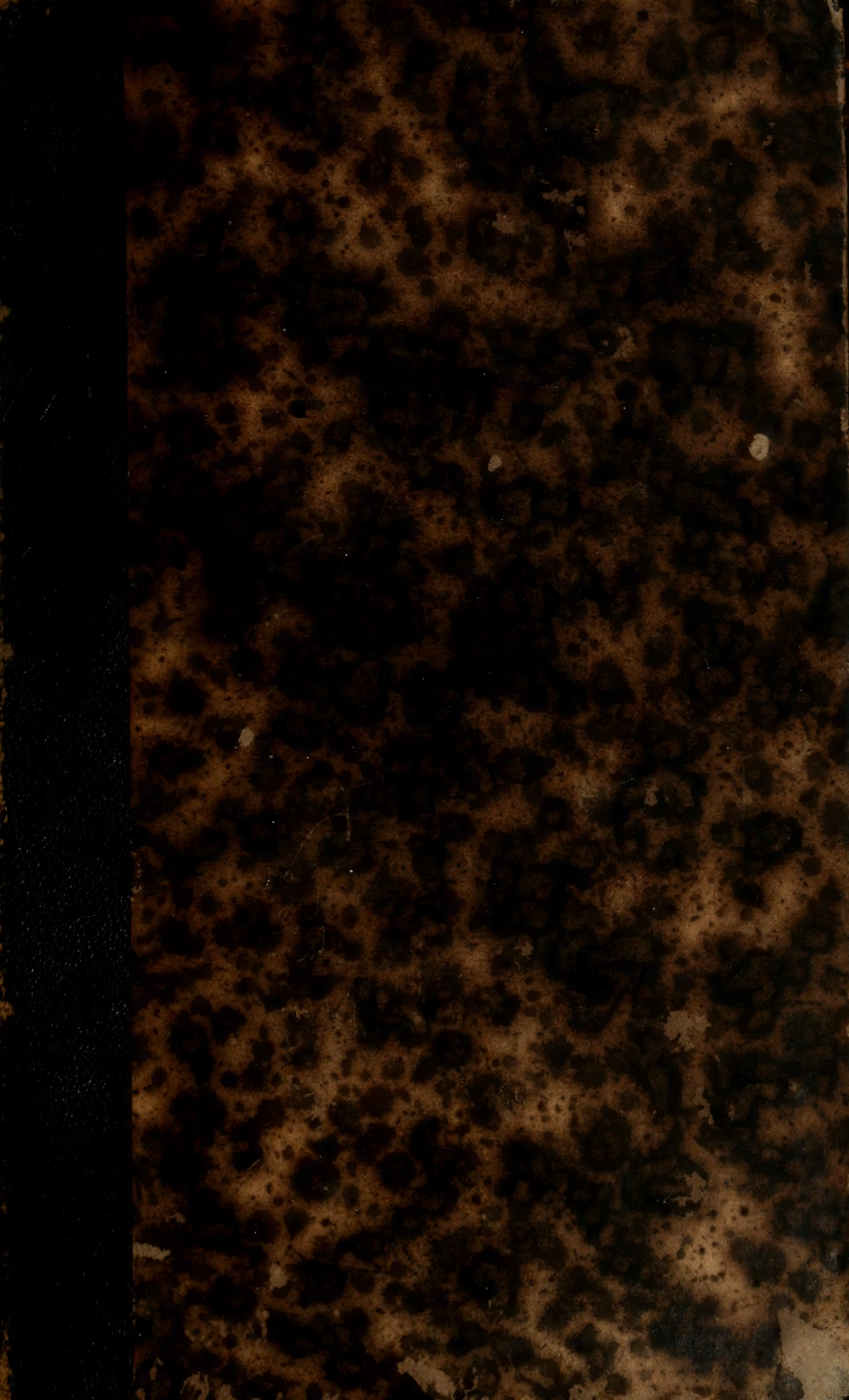






TRAITÉ COMPLET

DE L'ART

DES ACCOUCHEMENS.

TOME II.

LIBRAIRIE DE J.-B. BAILLIÈRE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES, fondé sur un grand nombre d'observations cliniques; par madame Boivin, docteur en médecine, sage-femme, surveillante en chef de la maison royale de Santé; et A. Dugès, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. *Paris*, 1833, 2 vol. in-8 .... 14 f.

— Atlas de 41 planches in-fol., gravées et coloriées, *représentant les principales altérations morbides des organes génitaux de la femme.* Paris, 1833, in-fol., avec explication .... 60 f.

— L'ouvrage complet pris ensemble, 2 vol. in-8, atlas in-fol. 70 f.

RECHERCHES SUR UNE DES CAUSES LES PLUS FRÉQUENTES ET LES MOINS CONNUES DE L'AVORTEMENT, suivies d'un mémoire sur l'intropelvimètre, ou mensurateur interne du bassin; par Mme Boivin. Paris, 1828. in-8, fig .... 4 f.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ORIGINE, LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA MOLE VÉSICULAIRE, ou grossesse hydatique; par Mme Boivin. Paris, 1827. in-8, fig. 2 f. 50

MÉMOIRE SUR PLUSIEURS INSTRUMENS ET PROCÉDÉS NOUVEAUX RELATIFS A L'OBSTÉTRIQUE; par A Dugès, 1833, in-8, fig .... 1 f. 50 c.

MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU FORCEPS à cuillers tournantes, et sur son emploi; par A. Dugès. *Paris*, 1833, in-8, fig. 1 f. 50 c.

PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS, ou Mémoires et observations choisis sur les points les plus importans de l'art, par Mme Lachapelle, sage-femme en chef de la maison d'accouchement de Paris, publiés par A. Dugès, D. M. P., avec une Notice sur la vie et les travaux de Mme Lachapelle, par le prof. Chaussier. *Paris*, 1825, 3 vol. in-8 .... 20 f.

TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS ET A LA MAMELLE, fondé sur de nouvelles observations cliniques et d'anatomie pathologique, faites à l'hôpital des Enfans-Trouvés de Paris, dans le service de M. Baron; par C. Billard, D. M. P., ancien interne de cet hôpital; *2e édition, augmentée d'un Mémoire médico-légal sur la viabilité du fœtus, avec des notes et une Notice sur l'auteur*; par Ollivier d'Angers, D.M.P. *Paris*, 1833, 1 fort vol. in-8. 9 f.

MÉDECINE MATERNELLE, ou L'ART D'ÉLEVER ET DE CONSERVER LES ENFANS, par Alphonse Leroy, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, seconde édition. *Paris*, 1830, in-8. 6 f.

TRAITÉ DE LA VACCINE ET DES ÉRUPTIONS VARIOLEUSES ou VARIOLIFORMES; *ouvrage rédigé sur la demande du gouvernement*, par J.-B. Bousquet. D. M., secrétaire du conseil et membre de l'Académie royale de Médecine, chargé des vaccinations gratuites. *Paris*, 1833, in-8 .... 6 f.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR CERTAINES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS, en particulier sur la phlegmasie chronique avec engorgement du col de cet organe et sur les avantages de l'application immédiate des sangsues méthodiquement employées dans cette maladie, par J. N. Guilbert, professeur de la Fac. de Méd. de Paris. 1829, in-8, fig .... 2 f. 50 c.

IMPRIMERIE DE MOQUET ET COMP.
Rue de la Harpe, n. 90.

TRAITÉ COMPLET

DE L'ART

DES ACCOUCHEMENS,

OU

TOCOLOGIE THÉORIQUE ET PRATIQUE,

AVEC UN ABRÉGÉ DES MALADIES QUI COMPLIQUENT
LA GROSSESSE, LE TRAVAIL ET LES COUCHES,
ET DE CELLES QUI AFFECTENT LES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

ACCOMPAGNÉ DE 16 PLANCHES GRAVÉES :

PAR ALF. VELPEAU,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.
chirurgien de l'Hôpital de la Pitié, etc.

DEUXIÈME ÉDITION, CORRIGÉE ET AUGMENTÉE.

TOME DEUXIÈME.

PARIS.

J.-B. BAILLIÈRE, LIBRAIRE
DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
rue de l'École-de-Médecine, n. 13 *bis*.

LONDRES, MÊME MAISON, 219 REGENT STREET.

1835.

TRAITÉ COMPLET

DE L'ART

DES ACCOUCHEMENS,

OU

TOCOLOGIE THÉORIQUE ET PRATIQUE.

SUITE DU LIVRE V.

Partie pratique, ou de l'accouchement,

ET DU TITRE II;

CHAPITRE II,

Section Ire.

ART. 3. — Fonctions de l'accoucheur dans l'eutocie ou l'accouchement spontané.

Appelé près d'une femme qui se croit en travail, le médecin peut se comporter de deux manières différentes, suivant qu'il jouit de sa confiance depuis plus ou moins long-temps, ou qu'il n'a point encore été à même de se familiariser avec elle. Dans le premier cas, il l'examine immédiatement pour savoir si le travail est effectivement commencé. Dans le second, il est souvent nécessaire d'agir un peu moins brusquement, à moins toutefois que l'enfantement ne paraisse déjà fort avancé. On débute par un de ces mille sujets de conversation futile

que tout le monde connaît, et qui permettent de n'arriver que graduellement à l'objet principal. Par ce moyen, on donne à l'agitation que produit ordinairement la présence d'une personne peu connue, et surtout d'un accoucheur, chez un grand nombre de femmes, le temps de se calmer. On est bientôt amené à parler de la grossesse, des symptômes qui l'ont accompagnée, des particularités qu'elle a présentées, de son terme. On peut demander s'il y en a déjà eu plusieurs ou si c'est la première. On s'occupe de l'état de santé habituelle, des incommodités et des maladies antécédentes; après quoi il est permis de songer à l'accouchement proprement dit.

§ I. Du Diagnostic.

Aux yeux des gens du monde, rien n'est plus facile que de dire si une femme est en travail ou non. Il n'en est pas de même aux yeux du médecin instruit. Les primipares, manquant de terme de comparaison, se trompent souvent sur ce qu'elles éprouvent. Celles qui en sont à leur deuxième, troisième ou quatrième grossesse, s'y méprennent elles-mêmes quelquefois. Combien de fois n'a-t-on pas vu disposer, mettre en ordre tout ce qui est nécessaire à la naissance de l'enfant, et le prétendu travail cesser pour un mois ou six semaines, au moment où le lit de douleur était prêt à recevoir la femme! Combien de fois des erreurs plus grossières encore n'ont-elles pas été commises! Qui ne sait que des malheureuses ont été tenues plusieurs jours de suite sur le lit de l'enfantement, même par des médecins, et se sont aperçues à la fin que leur grossesse était encore à plusieurs mois de son terme! Une jeune femme, enceinte pour la neuvième fois, ressent des douleurs, se croit à terme. Plusieurs accoucheurs sont successivement appelés. L'un dit que la poche des eaux est formée. L'autre croit que la tête s'engage. Un troisième ne trouve pas le col. Un quatrième propose l'application du forceps. Appelé le quinzième jour, je trouvai le col comme à sept mois de grossesse. Il existait une inclinaison utérine antérieure. J'affirmai que le travail n'était pas commencé, qu'il n'aurait pas lieu de plus d'un

mois, et je fis appliquer une large ceinture autour de l'abdomen. Au bout du mois, un étudiant qui restait près de la malade vint me dire que le col était dilaté et que l'accouchement allait se faire. Je m'y rendis, ne trouvai aucune annonce de travail, et la parturition ne s'est en effet opérée qu'un mois plus tard encore!

Il importe donc de se tenir en garde contre les causes d'erreur, et la chose est facile pour celui qui a quelques notions positives en tocologie.

A. Douleurs.

Les *douleurs de l'accouchement, les vraies douleurs*, sont intermittentes, séparées par des intervalles de plus en plus courts, elles sont progressives, reviennent à des temps réguliers; ne sont point accompagnées de sensibilité à l'abdomen, ni de chaleur à la peau, ni de fièvre. Elles partent des environs de l'ombilic et vont se terminer dans le bassin ou les flancs.

Les douleurs étrangères à la parturition, *les fausses douleurs*, au contraire, sont vagues, irrégulières, tantôt plus, tantôt moins aiguës, ne cessent pas complètement, augmentent sous la pression, sont le plus souvent accompagnées de fièvre ou d'un trouble fonctionnel quelconque. Elles annoncent une lésion de l'estomac, des intestins, du foie, des reins, de la vessie ou de quelque autre organe contenu dans l'abdomen, et ont été appelées *fausses* parce qu'elles sont entièrement étrangères à l'accouchement. Elles se manifestent chez les femmes enceintes comme chez celles qui ne le sont pas, comme chez les individus de l'autre sexe eux-mêmes. Il n'y a donc que la plus grande irréflexion qui puisse les faire confondre avec les douleurs vraies, celles qui dépendent des contractions utérines.

Je ne dois pas omettre, cependant, de parler d'un état qui pourrait rendre cette distinction assez difficile, et en même temps la méprise fort dangereuse. S'il se développe un point inflammatoire aux environs de la matrice, dans cet organe lui-même, qui paraît pouvoir être le siége de douleurs rhumatismales, dans la vessie, le rectum, etc., au moment où le travail e déclare, les douleurs de l'enfantement marcheront en même

temps que celles de la maladie, et les plus habiles pourraient être induits en erreur, s'il fallait, de toute nécessité, porter un jugement d'après le témoignage des seules douleurs. Mais la science possède d'autres moyens de s'assurer de l'existence du travail. Si, pendant que les souffrances sont le plus vives, la main appliquée sur l'hypogastre sent l'utérus se durcir, se resserrer, s'arrondir, il est décidé que l'accouchement va se faire, et, dans ce cas, la douleur vraie peut exister seule, comme elle peut aussi se rencontrer avec la douleur fausse. Si la main trouve la matrice immobile, sans action et sans liaison avec les cris que jette la malade, on peut, jusqu'à un certain point, affirmer que le travail n'est pas commencé.

B. Etat du col.

En définitive, c'est à l'aide du toucher qu'il est permis de résoudre la question du travail sans crainte de se tromper. Tant que le col n'est pas effacé, qu'il conserve encore quelques lignes de longueur comme canal, on peut prononcer, en général, que la femme n'est pas à terme. Seulement il faut éviter de prendre les lèvres du museau de tanche pour le col lui-même, et se souvenir que chez les personnes qui ont eu déjà plusieurs couches, il est parfois d'une mollesse extrême et très large, plusieurs jours, plusieurs semaines même avant la fin de la grossesse, et que, chez ces femmes, l'orifice forme fréquemment un bourrelet ou un bord, épais de plusieurs lignes au commencement des douleurs. Lorsque c'est le premier accouchement, le col ne s'entr'ouvre point avant l'apparition des vraies douleurs, et s'il se présente sous la forme d'un tubercule percé dans son centre, on peut assurer qu'il n'y a point encore eu de contractions utérines. Quand il est mince, au contraire, comme un cercle tranchant, la gestation est nécessairement à son terme, et si la parturition n'est pas commencée, il est à peu près certain que le travail ne tardera pas au-delà de quelques jours à se manifester.

Pour avoir une preuve décisive sur ce point, au surplus, on n'a qu'à toucher pendant la douleur. Si le doigt reconnaît, à

n'en pas douter, que les membranes se tendent, qu'elles cherchent à s'engager dans le col qui s'amincit sensiblement, se resserre ou s'entr'ouvre, pour reprendre immédiatement après leur état primitif, il n'en faut pas davantage, le travail est déclaré. Si rien de tout cela ne s'observe, on peut rester tranquille, le moment de l'accouchement n'est point encore arrivé.

C. Faux travail.

Toutefois, je ne puis quitter cet article sans appeler l'attention des jeunes praticiens sur une particularité de diagnostic qui n'est pas suffisamment connue, et qui pourrait les entraîner à se méprendre, d'après ce qui vient d'être dit. Des accoucheurs modernes ont rejeté d'un commun accord, parmi les faits apocryphes ou mal observés, les observations assez nombreuses qui tendent à prouver que le travail peut commencer, que les contractions de la matrice peuvent être mises en jeu d'une manière évidente, et qu'après avoir existé pendant plusieurs heures, le travail peut se suspendre au point que l'accouchement ne se termine dans le fait qu'un mois ou deux après. C'est principalement à l'occasion des naisssances retardées, et comme preuves de superfétation, que des anomalies de ce genre ont été invoquées. On a prétendu que ces efforts impuissans avaient marqué le terme naturel de la gestation, et que le temps écoulé entre leur cessation et le travail véritable était en plus des neuf mois. Or, j'ai acquis la conviction que ce travail incomplet, *ce faux travail*, comme l'appelle Levret (1), n'est point une chimère. Je fus appelé, au mois de mars 1824, rue d'Orléans, près d'une dame, enceinte pour la deuxième fois, et qui souffrait depuis quatre heures. Les douleurs étaient régulières, faibles, et séparées par des intervalles assez longs. Le col, très mou, assez large pour permettre l'introduction de trois doigts, n'était pas complètement effacé. Déjà le sommet de l'œuf commençait à s'y engager, et, lors de la douleur, les membranes

---

(1) *Art des accouch.*, etc., p. 97.

affleuraient le haut du vagin, devenaient lisses et tendues, pendant que d'un autre côté je sentais l'orifice et le corps de l'utérus se durcir et se contracter avec une certaine énergie. Il était dix heures du soir. J'annonçai que le travail ne se terminerait pas avant plusieurs heures. Je revins chez moi, après avoir recommandé de m'avertir dès que les eaux seraient écoulées. N'ayant été prévenu ni le lendemain, ni le second jour, je crus qu'on avait eu recours aux conseils de quelque autre personne, et je n'y songeai plus. Six semaines après, je fus mandé de nouveau, et ce ne fut pas sans en être surpris, je l'avoue, car je croyais l'accouchement terminé depuis longtemps. Cette fois, les phénomènes persistèrent et la parturition s'effectua. M. Nivert a publié, dans la *Clinique des hôpitaux*, une observation du même genre qu'il avait recueillie à mon amphithéâtre. MM. Gerdy et Tanchou m'ont affirmé avoir été témoins d'un fait à peu près semblable. J'en ai rencontré moi-même d'autres depuis, et j'en ai fait le sujet d'un mémoire particulier (1). Mauriceau (2) parle d'une femme qui eut un pareil travail à six mois de grossesse, et qui n'accoucha cependant qu'à terme. De La Motte (3) en cite un autre qui eut lieu trente-cinq jours avant l'accouchement réel. C'est trois semaines avant terme seulement qu'il se manifesta, dans l'observation de Smellie (4). M. Menard (5) a vu, de son côté, les eaux s'écouler douze jours avant le terme dans un cas, deux mois dans un second et un mois dans un troisième ; enfin on en trouvera de nouveaux exemples dans cet ouvrage à l'article *avortement*, dans Morlanne (6) et une foule d'autres observateurs. J'ajouterai que, chez un certain nombre de femmes, le travail s'établit d'abord pendant quelques heures pour disparaître ensuite et revenir ainsi chaque jour, de manière à durer une se-

(1) *Bibl. méd.*, août 1829.

(2) *Malad. des femmes gros.* etc., p. 78.

(3) *Traité complet des accouch.* etc, p. 704, obs. 370.

(4) *Traité de la théorie et de la pratiq.* etc., tom. II, p. 266.

(5) *Transact. méd.* tome IV, p. 96

(6) *Journal d'accouch.* tome Ier, p. 125.

maine ou deux. J'en ai vu plusieurs dans ce cas, une entr'autres qui, de cette façon, reste habituellement de dix à quinze jours en mal d'enfantement.

§ II. Déterminer la position.

Dès que l'existence du travail n'est plus douteuse, il faut rechercher dans quelle position le fœtus se présente.

A. Vertex.

Le *vertex* est en général facile à reconnaître, à sa forme arrondie, régulière, à la fontanelle postérieure et à la pointe occipitale, à la fontanelle antérieure, aux sutures sagittale, transversale et lambdoïde, et aux bosses pariétales. Toutefois, quand la tête est engagée depuis long-temps, les tégumens forment parfois une tumeur tellement volumineuse à son sommet; elle est elle-même quelquefois tellement allongée, qu'on a besoin d'une certaine habitude pour ne pas la méconnaître. Dans plusieurs cas, elle est assez mobile et surtout assez élevée pour qu'on ait de la peine à la distinguer sûrement de toute autre partie. Tant que la poche des eaux n'est pas rompue, on ne doit d'ailleurs chercher à l'atteindre que dans l'intervalle des contractions. Autrement on s'exposerait à rompre les membranes prématurément. C'est donc à l'instant où les eaux viennent de s'écouler, qu'on peut le mieux juger de la présentation du fœtus. Alors, l'ovale supérieur de la tête peut être touché dans une grande étendue. Les tégumens ne sont point encore tuméfiés, et les os n'ont pas eu le temps de se croiser.

Dans les variétés de la position occipito-antérieure, la fontanelle postérieure est plus ou moins rapprochée de la demi-circonférence pubienne du bassin, et se trouve derrière l'une des cavités cotyloïdes ou la symphyse des pubis; tandis que la fontanelle frontale est plus ou moins relevée en arrière et regarde le point opposé de la cavité pelvienne. Dans les variétés de la position postérieure, les fontanelles sont disposées en sens inverse. Tout en se rapprochant beaucoup du centre des

détroits, la fontanelle occipitale ne lui correspond presque jamais exactement. Dans les positions antérieures comme dans les positions postérieures, cette fontanelle est placée sur un plan inférieur à celui qu'occupe la fontanelle antérieure.

Pour distinguer plus sûrement encore les diverses *variétés du sommet*, on cherche à reconnaître les sutures. En ajoutant la direction de ces lignes, en effet, aux notions que donne la situation particulière des fontanelles, il est habituellement facile de ne pas confondre les variétés antérieures avec les variétés postérieures, et de rattacher à chaque nuance d'une même position les caractères qui la séparent de toutes les autres. Dans la position occipito-cotyloïdienne gauche, le doigt, partant de la fontanelle postérieure, trouve : 1° en avant la branche droite de la suture lambdoïde ; 2° en arrière la branche gauche de la même suture ; 3° à droite la suture sagittale un peu relevée du côté gauche ; 4° plus loin et plus haut dans le même sens, la fontanelle antérieure avec les quatre branches de suture qui en partent.

Pour la position occipito-cotyloïdienne droite, il faut trouver la branche gauche de la suture lambdoïde en avant et sa branche droite dans le sens de la symphyse sacro-iliaque droite, la suture sagittale dirigée de droite à gauche et un peu relevée en arrière au-dessus de la bosse pariétale antérieure, la fontanelle antérieure à gauche et en arrière avec la suture fronto-pariétale située obliquement de gauche à droite et d'avant en arrière.

S'il s'agit de la quatrième position, on cherchera la fontanelle postérieure en arrière et à droite. De là on suivra la suture sagittale à gauche et en avant, où doit se trouver la fontanelle antérieure beaucoup moins élevée que dans les positions antérieures, mais beaucoup plus que ne le serait à sa place la fontanelle occipitale. La suture coronale a pris le siége qu'occupait la suture lambdoïdale dans la première position.

La cinquième ne diffère de la précédente qu'en ce qu'il faut chercher en arrière et à gauche les objets qui étaient en arrière et à droite, puis en avant et à droite ceux qui se trouvaient en avant et à gauche.

Parmi les causes d'erreur contre lesquelles il importe de se tenir en garde, je mentionnerai : 1° l'absence d'ossification, au point de simuler une fontanelle dans le trajet d'une suture, comme je l'ai observé au milieu de la suture frontale ; 2° la division anormale de l'occipital par un prolongement de la suture sagittale; 3° l'angle de chacun des pariétaux, soit en avant, soit en arrière, qui peut être pris pour l'angle même de l'occipital. Pour s'y mieux reconnaître, il importe de toucher successivement avec les deux mains, à l'instar de M. Champion, qui m'a dit s'être très bien trouvé de cette méthode.

B. Face.

La *face* est tellement distincte de toute autre partie, qu'au premier coup-d'œil il ne semble pas possible d'en méconnaître la présentation. Qu'on se désabuse. La preuve du contraire est consignée dans tous les recueils d'observations et se rencontre chaque jour dans la pratique. Le menton peut être pris pour le coude, l'épaule, le talon ou le genou; la bouche pour l'anus, le nez pour les organes sexuels, et les pommettes pour les tubérosités de l'ischion. Si, pour démontrer la possibilité de pareilles erreurs, le témoignage d'une infinité d'observateurs instruits ne suffisait pas, je relaterais l'anecdote bien connue d'un ancien professeur d'accouchemens de l'école de Paris : un peu tranchant de caractère, il venait de toucher une femme en travail, et, croyant avoir trouvé la face, il soutenait avec feu qu'une pareille position ne pouvait en aucun cas être confondue avec celle du siége, ne s'apercevant pas que son doigt, couvert de méconium, était là pour le démentir aux yeux des élèves, qui ne purent s'empêcher de rire aux éclats! Un praticien anglais, qui avait fait appeler M. Blundell (1), dit avoir le doigt dans la bouche. L'événement prouva que c'était une position du siége.

C'est principalement lorsque les parties molles du visage ont

---

(1) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 164.

eu le temps de se tuméfier et de se boursouffler qu'il est facile de se tromper, surtout quand l'esprit, préoccupé de telle position plutôt que de telle autre, accueille avec une sorte d'avidité, comme preuve certaine de ce qu'on avait prédit, les signes les plus équivoques. Avec de l'attention, néanmoins, on parviendra sans peine, sauf quelques cas rares, à reconnaître la face, toutes les fois qu'elle se présentera et que la déchirure des membranes permettra de la toucher à nu. Les yeux et les paupières, le nez et les lèvres, les arcades alvéolaires et la langue, le menton et les oreilles, qui se trouvent dans le voisinage, ont des caractères trop tranchés pour que les diverses positions de la face ne puissent pas toujours être franchement déterminées.

C. Pelvis.

I. Les *pieds* ne peuvent tromper l'accoucheur quand ils se présentent. Le talon a bien quelque analogie avec le coude, et les orteils quelque ressemblance avec les doigts; mais quand on songe à la différence de longueur qui existe entre ces derniers, que les uns sont rangés sur une même ligne et courts, que les autres sont de longueur inégale et fortement fléchis, quand on se rappelle la forme des malléoles et des jambes, il faudrait être bien inattentif, en la comparant à celle du poignet et de l'avant-bras, pour ne pas distinguer les pieds d'avec les mains, excepté lorsque ces parties sont encore au-dessus du détroit supérieur.

II. Les *genoux* pourraient à la rigueur être pris pour les coudes ou les épaules, quoique plus arrondis que les uns et moins volumineux que les autres. Mais comme les deux coudes, non plus que les deux épaules, ne se présentent presque jamais simultanément, on aura la certitude que ce sont les genoux, par cela seul que deux tumeurs de ce genre existent en même temps au détroit. Comme un seul genou est ordinairement accompagné d'un pied, ou tout au moins du siége, il sera toujours aisé de se convaincre qu'on touche une partie du membre inférieur, et non pas le membre thoracique. Il y a pourtant

une circonstance qui paraît être capable d'en imposer ; c'est la présence simultanée d'un genou et d'un coude. Mais outre la rareté de ces coïncidences, en pénétrant plus loin avec le doigt, on voit bientôt qu'au lieu de se rapprocher vers leurs racines, ces deux parties s'éloignent au contraire de plus en plus.

III. Ce sont les présentations du *siége* qui ont induit le plus souvent en erreur sous ce rapport. Quand les fesses ont eu de la peine à franchir le col ou le détroit, elles se tuméfient comme le vertex. La rainure qui les sépare peut en imposer pour la suture sagittale ; le coccyx et le vide qui se trouve au-devant ou à côté, pour l'angle occipital, la fontanelle postérieure et la suture lambdoïde. Enfin, les ischions peuvent faire croire à l'existence des bosses pariétales. Mais cette même rainure qui est une fente et non pas un repli, mais la mobilité de la pointe coccygienne, l'épaisseur, l'adhérence ou le défaut de mobilité des tégumens, la présence de l'anus, des parties génitales, la racine des membres, etc., ramènent promptement l'accoucheur à la connaissance de la vérité quand il s'en est un instant écarté. L'anus et les parties génitales pourraient faire croire à la position de la face si on ne remarquait pas que la bouche, bordée de lèvres épaisses, contient un corps conoïde, mobile et charnu, la langue, et que le doigt se recouvre de méconium en sortant de l'intestin.

Une autre circonstance pourrait tromper encore. J'en vais donner les détails, parce que les auteurs ont omis de la mentionner. Mandé par madame Lebrun, sage-femme, pour terminer un accouchement contre nature, je crus reconnaître les pieds, les fesses, le coccyx et l'anus ; mais mon doigt pénétra dans une ouverture, bordée de lèvres épaisses, au fond de laquelle je sentis un tubercule analogue à la langue. Déconcerté par cette réunion de signes, je pensai un moment avoir affaire à un enfant monstrueux. Je reportai la main plus profondément. J'amenai les pieds, et la sortie des hanches vint promptement mettre fin à mes incertitudes. C'était le vagin que j'avais été tenté de prendre pour la bouche, et le col utérin, très-saillant à cet âge, qui m'avait fait croire à la présence de la langue. Pour ne pas hésiter, en pareil cas, il suffira

de savoir que la bouche est ouverte en arrière pour se continuer avec le pharynx, tandis que le vagin se termine en un cul de sac, au fond duquel le museau de tanche se montre sous la forme d'un tubercule plus arrondi, toujours moins long, et surtout moins mobile que la langue.

D. Examen extérieur.

L'exploration abdominale, si utile pour reconnaître la grossesse, peut également être d'un grand secours pour déterminer les positions au moment du travail. Il en est de même des mouvemens du fœtus ressentis par la femme. Dans toutes les positions du vertex, l'hypogastre paraît un peu rétréci vers le contour du détroit, et le fond de l'utérus offre quelques inégalités plus ou moins faciles à déplacer. Le défaut de bosselure en avant ou un peu de côté, indique le plan dorsal du fœtus et les positions occipito-antérieures. Si les inégalités du fond de la matrice et les mouvemens de l'enfant sont ressentis à droite, on peut en conclure qu'il s'agit d'une première position. On le trouve à gauche, au contraire, dans la seconde. Il en serait de même pour la quatrième et la cinquième, parce qu'alors la tête est ordinairement seule contournée en arrière, et que le dos n'a presque pas changé de rapport, ce qui explique même en partie pourquoi l'occiput finit si souvent alors par se reporter en avant pour franchir le détroit inférieur. Quand le dos de l'enfant regarde en arrière, l'hypogastre permet de sentir de nombreuses saillies à travers la matrice, et les mouvemens paraissent plus superficiels et plus bas que dans les positions antérieures. On soupçonnerait une position de la face, si, aux signes précédens, il se joignait l'idée d'une tumeur arrondie, dure et régulière, comme renversée sur la marge du bassin.

Dans les positions du pelvis, la femme se plaint souvent de ne point sentir remuer, ou bien elle dit que son enfant se meut par en bas. Il est facile de reconnaître la tête du côté de l'ombilic, à son volume, à sa rondeur et à sa régularité.

Les positions transversales inférieures se distinguent à l'a-

baissement du ventre sur la ligne médiane, aux saillies, aux inégalités que présente l'hypogastre vers les côtés, et aux mouvemens qui se font sentir très bas à gauche ou à droite, plutôt qu'en haut et dans la région moyenne.

§ III. Du pronostic.

Une fois que le diagnostic est établi, une nouvelle question se présente. La délivrance sera-t-elle prompte et facile, ou lente à se terminer? La réponse ici ne doit être donnée qu'après un mûr examen et avec la plus grande réserve. La durée de l'accouchement est tellement variable, dépend de circonstances si diverses, et quelquefois si imprévues, qu'il est souvent impossible à l'homme de l'art le plus habile de la fixer d'avance, même d'une manière approximative. D'un côté, il faudrait savoir dès le principe dans quels rapports de dimensions le fœtus se trouve avec le bassin, avec quelle énergie la matrice va se contracter, et de quelle manière les douleurs vont se succéder. De l'autre, il faudrait pouvoir affirmer que la marche du travail sera ou ne sera pas entravée par une hémorrhagie, des convulsions, la sortie prématurée du cordon ou quelque autre accident; que la position la plus franche ne va pas se convertir en position anormale; que la poche des eaux s'ouvrira plutôt à telle époque qu'à telle autre; qu'il surviendra ou qu'il ne surviendra pas de résistance spasmodique du col, etc. Or, il n'y a que d'ignorantes matrones ou d'effrontés charlatans qui puissent prononcer sur toutes ces choses, et dire, malgré tant de causes d'incertitude, l'heure à laquelle l'enfantement doit se terminer.

Voici ce qu'il est permis de promettre d'une manière générale : l'enfant est en bonne position. Le bassin n'est ni rétréci, ni déformé. Les organes génitaux sont sains et bien disposés, le col souple et très dilatable. Les douleurs se succèdent régulièrement avec une force incessamment croissante. La femme est courageuse et bien constituée. Alors la terminaison du travail sera prompte et heureuse; un peu moins prompte, si c'est une première couche; un peu plus, s'il y en a déjà eu

plusieurs, et plus encore, trop même, si le bassin offre un excès d'amplitude. Au contraire, la position du fœtus, sans être tout-à-fait mauvaise, n'est pas des meilleures cependant, ou bien il est d'un volume démesuré. Au lieu d'être large ou sphéroïde, la poche des eaux est allongée, irrégulière (1). Le bassin est légèrement resserré. Ses axes sont trop ou trop peu inclinés. Le col est dur ou couvert de cicatrices. Les contractions de l'utérus sont faibles, irrégulières. La femme est d'une constitution délicate, nerveuse, lymphatique. Dans tous ces cas, on doit craindre que l'accouchement ne traîne en longueur, et que les secours de l'art ne deviennent nécessaires. On peut encore juger, jusqu'à un certain point, de la durée du travail actuel par celle des couches antérieures, et surtout par l'effet que produit chaque effort sur la dilatation du col et la marche du fœtus à travers le bassin. Enfin, quand tous les phénomènes suivent leur ordre le plus ordinaire, on peut dire, à quelques heures près, combien de temps la femme doit encore souffrir, en réfléchissant à celui qui s'est écoulé depuis les premières douleurs. S'il n'a fallu que deux ou trois heures, par exemple, pour amener la dilatation aux dimensions d'une pièce de cinq francs, il est probable qu'il n'en faudra pas davantage pour terminer l'expulsion de l'enfant ; mais c'est là le plus haut degré de précision auquel on puisse prétendre, et ceux qui se piquent de connaissances plus exactes en imposent au public ou s'en imposent à eux-mêmes.

En effet, qui n'a remarqué, comme De La Motte (2), que les accouchemens qui débutent le mieux se terminent quelquefois fort mal, et réciproquement? Une femme, dont les premières couches ont été heureuses, peut en avoir ensuite de fâcheuses. Le même auteur (3) cite une dame dont le onzième travail fut le plus difficile, quoique l'enfant ne fût

---

(1) Menard, *Guide des accouch.* p. 36.

(2) *Traité complet des accouch.*, etc., p. 921 et suiv.

(3) *Ibid.* p. 199, obs. 104.

pas plus gros que les autres. Une autre (1) mourut au treizième, bien que le fœtus fût convenablement placé. Une dame que j'ai soignée est morte d'une rupture de la matrice à sa septième couche. Le jeune âge n'est pas toujours un inconvénient. De La Motte (2) parle d'une jeune personne qui se délivra heureusement avant d'avoir 13 ans. La même chose est possible dans un âge fort avancé. On trouve dans le recueil du chirurgien de Valogne des exemples de femmes devenues enceintes pour la première fois à 48 ans (3), à 50 ans (4), qui n'en accouchèrent pas moins sans accident. S'il est vrai, comme le croit Denman (5), que les brunes et les blondes prononcées soient plus sujettes que les autres aux accouchemens laborieux, il l'est aussi qu'on observe assez souvent le contraire. Il s'en faut, d'un autre côté, que les accouchemens les plus prompts soient toujours les meilleurs. Hippocrate remarque déjà que la parturition sans douleur est ordinairement dangereuse, et Van-Swiéten (6) insiste sur la même observation. Cela n'empêche pas le travail d'être souvent heureux et très rapide en même temps. Une dame, qui a déjà fait cinq enfans, se délivre si vite, que, malgré toute la diligence possible, le fœtus est le plus ordinairement sorti quand j'arrive près d'elle. En tout, son travail ne dure pas plus d'une demi-heure ou une heure. Jusqu'ici, cependant, elle n'en a éprouvé aucune suite fâcheuse.

L'accoucheur qui, pour faire parade d'un vain savoir, se croit capable d'annoncer au juste le terme de la délivrance, ne met donc pas seulement au jour son ignorance ou sa mau-

---

(1) *Traité complet*, etc. p. 200, p. 105.

(2) *Ibid.* p. 188, obs. 94.

(3) *Ibid.* p. 189, obs. 96.

(4) *Ibid.* p. 190, 191, obs. 97, 98.

(5) *Introd. à la pratiq.*, etc., tome II, p. 21.

(6) *Aphor.* tome VII, p. 206. — *Hippocrate, prænot.* n° 538.

vaise foi ; il compromet encore l'honneur de son art et le salut de la femme. Si des promesses, ordinairement faites avec beaucoup d'emphase et d'assurance, ne sont pas remplies au temps convenu, c'en est assez pour faire naître une inquiétude des plus vives dans l'esprit des parens ou des assistans, et surtout de la femme, qui ne manque pas de se figurer alors que sa perte est assurée ou que son accouchement sera malheureux.

ART. 4. Des soins que réclame le travail.

De ce que l'accouchement spontané est une fonction naturelle, et non pas une maladie, faut-il en conclure que les femmes en travail n'ont besoin d'aucun secours? Quelques médecins, entraînés par une philantropie mal entendue, l'ont soutenu. Chez les animaux, ont-ils dit, la grossesse est sans embarras, et l'accouchement presque sans souffrances. Les femmes des Ostiacks, encore étrangères aux raffineries de notre civilisation européenne, accouchent partout où elles se trouvent, et reprennent aussitôt après leurs occupations ordinaires, ou continuent leur marche si elles sont en voyage. Celles de l'île d'Amboine, qui vivent sous une température entièrement opposée, se conduisent de la même manière. Les indigènes de certaines contrées d'Amérique vont se baigner dans l'eau froide, et reprennent leur travail immédiatement après la sortie du fœtus, pendant que le mari se met au lit et fait le malade durant une semaine ou deux ! L'accouchement n'est presque rien pour les femmes de la campagne, qui n'ont pas le temps de se traîner méthodiquement, pendant plusieurs semaines, de leur lit sur une chaise longue. Qui n'a vu des femmes de militaires mettre au monde les enfans les plus robustes et les mieux développés sans rien déranger à leur vie active ? Dans les grandes villes mêmes, il n'est pas rare de voir des femmes pauvres se rendre à pied chez une sage-femme, au moment des douleurs, et s'en retourner le lendemain, au mépris de toutes les règles de l'hygiène, la fortune ne leur permettant pas d'être incommodées plus de trois

ou quatre jours. J'ai vu, comme Roussel, une jeune fille qui trouva le moyen de dérober à la connaissance de ses parens les marques humiliantes d'une faiblesse et l'opération qui l'en délivra. Quel accoucheur n'a pas été dans le cas de faire la même observation ! La grossesse de ces malheureuses n'étant pas légitime, il semble qu'elles n'aient pas le droit d'être malades. Mais ces remarques ne prouvent nullement que les femmes doivent être complètement abandonnées à elles-mêmes pendant la parturition. D'abord, il est faux que le part des animaux n'ait jamais besoin de secours, ne soit jamais accompagné ni suivi d'accidens graves : les truies, les vaches, les jumens, etc., sont même, en général, assez malades lorsqu'elles mettent bas leurs petits, et les gens de la campagne ne l'ignorent pas. De ce que quelques femmes, forcées par des motifs impérieux de se délivrer en secret, ou sans pouvoir prendre la moindre précaution, échappent aux suites fâcheuses dont elles se croyaient menacées, en résulte-t-il que toutes les autres puissent les imiter sans risque d'être exposées aux plus imminens périls ? S'il en est dont la santé ne soit pas troublée par de si douloureuses épreuves, combien n'y en a-t-il pas d'autres qui sont victimes de leur témérité ? Le rôle de l'accoucheur n'est pas, sans doute, de se mettre à la place de la nature, lorsque le travail est simple ; mais il faut près de la femme quelqu'un qui puisse la diriger convenablement, prévoir les accidens, les reconnaître, et y remédier quand ils arrivent. Il est donc inexact, comme l'établit très bien M. Clément (1), de dire que l'accouchement spontané n'exige aucun secours. Les soins qu'il nécessite varient, d'ailleurs, selon qu'il est naturel, facile, régulier, ou qu'il est compliqué de légers accidens, pénible, irrégulier.

---

(1) *Thèse*, n° 98, Paris, 1829.

§ I.

Soins relatifs à la femme

A. *Soins hygiéniques.*

I. On s'occupe d'abord de *la chambre* et de tout ce qui la concerne. Dans les grandes villes, on choisit de préférence une pièce sur le derrière, ou dans le lieu le plus calme et en même temps le mieux aéré de l'appartement. Il est bon que cette chambre soit suffisamment spacieuse, bien éclairée, et qu'il soit facile d'en modifier la température. Une chaleur trop élevée favoriserait la sueur, les congestions cérébrales, les convulsions, les nausées et les hémorrhagies auxquelles les femmes ne sont déjà que trop disposées pendant les efforts de la parturition. Le froid ne serait pas moins nuisible, par la sensation désagréable qu'il ne manquerait pas de produire, et surtout en gênant le mouvement expansif des fluides.

II. Les *odeurs*, même les plus suaves, ne sont pas toujours sans inconvénient. Pendant la couche, l'irritabilité est ordinairement augmentée, et les sens deviennent excessivement impressionnables. Les parfums les plus recherchés ne sont pas mieux supportés que les odeurs les plus désagréables. J'ai vu une dame tomber sans connaissance et dans les convulsions en entrant dans une chambre où se trouvait un pot de réséda. J'en connais une autre qui, sans être enceinte, est prise de syncope ou de lipothymie, toutes les fois qu'on approche d'elle une rose un peu fraîche. De la Motte (1) cite une dame qui fut fort incommodée par le bouquet que portait une de ses amies. Un grain de musc, renfermé dans une armoire, en fit autant près d'une autre (2).

---

(1) *Traité complet des accouch.* etc., p. 841, obs. 433.

(2) *Ibid* p. 842, obs. 436.

III. Le *régime* réclame toute la surveillance de l'accoucheur. Sous ce rapport, il faut avoir égard à la durée probable des souffrances, à la constitution et aux habitudes de la personne. Si la délivrance ne paraît pas devoir se faire attendre plus de quatre ou six heures, toute espèce d'alimens serait nuisible, en chargeant l'estomac, dont l'aptitude à digérer est momentanément suspendue. Si le travail marche, au contraire, avec lenteur, on peut accorder des bouillons ou quelques potages légers ; mais on doit refuser les repas au café, au chocolat, que préfèrent les femmes des grandes villes, ainsi que le pain, les fruits, les légumes et les viandes de toute espèce, que demandent celles des campagnes. Toutefois, ceci ne doit être entendu que d'une manière très-générale. Une femme bien portante, plutôt faible que forte, dont les organes digestifs sont en bon état, peut prendre sans inconvénient, et parfois même avec avantage, un déjeûner au chocolat ou au café au début du travail, surtout quand elle en a dès long-temps contracté l'habitude, de même qu'on voit des paysannes fortes et vigoureuses, ainsi que les femmes robustes de la classe ouvrière, manger une ou plusieurs côtelettes sans en être incommodées. Ces exceptions sont nombreuses. On doit le savoir ; parce que, proscrivant les alimens dans tous les cas indistinctement, on favorise justement le mal qu'on voudrait éviter. Quelque absolues que soient les menaces de l'accoucheur, en effet, il n'est pas rare qu'on passe outre, et alors, s'il ne survient rien de fâcheux, encouragée par l'impunité, la femme ne veut plus se soumettre à aucun conseil. Elle compte son histoire à ses connaissances, et la punition de son indocilité ne manque pas de retomber sur quelqu'une de celles qui l'ont imprudemment écoutée.

Je fus appelé près d'une primipare, au mois de mars 1824 : la mère de cette dame avait eu treize enfans. Jamais elle n'avait omis de boire une bouteille de vin et de manger une ou deux côtelettes pendant ou immédiatement après l'accouchement. Il fallut, malgré mes instances, que sa fille l'imitât ; mais la malheureuse paya de sa vie les imprudences de sa mère ! Il faut donc accorder à quelques-unes ce qu'on refuse-

rait impitoyablement au plus grand nombre, et se contenter d'exposer aux plus obstinées les dangers qu'elles courent, en les laissant libres ensuite de faire ce qu'elles veulent.

IV. *Boissons*. Quand la durée du travail ne dépasse pas ses limites les plus habituelles, la femme est assez souvent la première à sentir qu'elle ne doit pas manger, que les alimens lui feraient mal. Pour les boissons, il ne peut pas en être de même. L'excès de chaleur qui se manifeste lors des grandes douleurs, dessèche l'organisme et réclame avec force l'introduction des liquides à l'intérieur. Ceux qu'on peut permettre sont innombrables. Les infusions de fleurs de mauve, de guimauve, de tilleul, de violette, de coquelicot, de buglosse, de bourrache; les décoctions d'orge, de chiendent, de réglisse, etc., pures ou édulcorées avec le sirop de sucre, de gomme, de miel, de capillaire, de cerise, de guimauve, peuvent être données presque indistinctement, ainsi que toutes les tisanes imaginables, pourvu qu'elles n'aient pas d'action évidente et qu'elles ne soient pas acides, car c'est de l'eau et non pas des médicamens que demandent ici les organes. Les limonades et les boissons aigrelettes conviendraient aussi bien et même mieux que toute autre; mais l'estomac les supporte mal, parce qu'elles augmentent sa tendance à tourner à l'aigre tout ce qu'on lui présente. L'eau vinée produit le même effet. Souvent les autres tisanes désaltèrent peu, surtout si les décoctions d'orge, de chiendent et de réglisse, qui rafraîchissent davantage, ne plaisent pas au goût. Si l'eau pure et fraîche est prise avec plus de plaisir et de satisfaction, je ne vois rien qui puisse empêcher de l'accorder, en ayant soin toutefois d'en corriger la crudité avec quelques gouttes d'eau de fleurs d'oranger ou du sirop de cerise en petite quantité.

Dans les campagnes et dans les classes inférieures, en général, où les restes informes des doctrines médicales vont ordinairement se réfugier, on donne encore du *vin chaud*, des *rôties au vin sucré*, dans le but de soutenir les forces, de l'eau des Carmes, et cent autres compositions, plus ou moins échauffantes, pour accélérer le travail dès qu'il traîne un peu en longueur. Ces moyens incendiaires embrasent des organes

déjà trop irrités, troublent toutes les fonctions, allument quelquefois une fièvre que rien ne peut calmer, et produisent bien plus souvent une perte foudroyante, qu'ils ne hâtent réellement la délivrance. Commençant à ne plus être de mode, ils ne tarderont pas, espérons-le, à ne jouir d'aucune faveur. Une femme d'ouvrier fait appeler madame Malville, sage-femme instruite et prudente, dans la nuit du 20 au 21 janvier 1828. Quoique tous les phénomènes se succédassent avec régularité, rien ne put empêcher l'administration du vin chaud. Il survient une hémorrhagie. De nouvelles doses de vin sont ingérées. Le sang coule plus fort. On redonne du vin pour s'opposer à la défaillance. L'enfant est expulsé néanmoins, mais une perte effrayante a lieu immédiatement après.

C'est seulement dans les cas de faiblesse ou de langueur, dépendante d'anciennes maladies ou de la constitution particulière de la femme, qu'il est parfois utile d'accorder quelques cuillerées de bon vin rouge ou de vin de liqueur.

V. La *défécation* et l'excrétion des *urines* doivent attirer, à leur tour, l'attention du médecin. La constipation, si ordinaire pendant la grossesse, fait que le rectum reste paresseux aux approches de l'accouchement. Les matières qui le remplissent peuvent gêner le glissement de la tête, irriter le sphincter et la membrane muqueuse des environs de l'anus, faire naître de trop violentes épreintes et favoriser le développement des *hémorrhoïdes*, qu'on remarque déjà trop fréquemment après la parturition. Guillemeau (1) parle d'une femme qui ne serait jamais accouchée, si on ne l'avait pas débarrassée des masses dures qui distendaient le rectum. Lauverjat (2) rapporte un fait semblable. En conséquence, si la femme ne sent pas le besoin d'aller à la garde-robe, on lui donne un clystère de décoction de racines de guimauve, de feuilles de poirée, de graine de lin ou tout simplement d'eau tiède. Dans quelques cas même, il devient indispensable de recourir à une

(1) *Œuvres compl.* in folio, p. 309.

(2) *Nouvelle méthode de pratiquer l'opérat. césar.*, etc., p. 11.

cuillère, une curète, ou à la main d'un enfant, pour extraire les matières endurcies.

VI. Si les *urines* ne sont pas rendues avant que la tête soit engagée au détroit supérieur, leur émission devient de plus en plus difficile, par suite de la compression qu'éprouve bientôt le bas-fond de la vessie. Pour peu que la délivrance se fasse attendre, on conçoit que leur rétention puisse être suivie d'une distension douloureuse de la poche urinaire, et que la femme, arrêtée par la crainte d'augmenter ses souffrances, finisse par ne pousser qu'avec une médiocre énergie. L'action des muscles ne pouvant plus être transmise à la matrice que médiatement, à travers une couche plus ou moins épaisse de fluide, cesse d'être aussi efficace; ou, si la femme se livre sans réserve à la violence des efforts dont elle est susceptible, on peut avoir à craindre une rupture de la vessie, accident terrible, puisqu'il est presque nécessairement mortel. On en voit un exemple dans Chapman (1), puis un autre dans l'*Américan journal*, février 1829 (2), M. Merriman (3) parle d'une femme qui mourut sans être délivrée, par suite d'une pareille distension de la vessie.

Il faut donc engager la femme à se présenter sur le pot quand il en est encore temps, et, si les efforts naturels ne suffisent pas, pratiquer le cathétérisme. Alors on est quelquefois obligé, à cause du peu de longueur et du peu de courbure de l'algalie *de femmes*, d'avoir recours à une sonde d'*hommes;* mais si l'on prend la précaution de renverser la matrice en arrière, avec une main, pendant qu'avec l'autre on cherche à faire pénétrer l'instrument, je ne vois pas que l'algalie plate, conseillée par Kelly, Denman (4), Ramsbotham (5), et quelques autres médecins anglais, soit jamais indispensable. Je ne vois

---

(1) *Med. obs. and. inq.* vol. IV, p. 143.

(2) *Journal of med. scien.*, etc., 1829, p. 152.

(3) *Synops. on difficult parturit.*, etc., p. 37.

(4) *Introd. à la pratiq.* etc., tome II, p. 95.

(5) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 399 ou 899.

pas non plus que la sonde de gomme élastique mérite ici la préférence que Denman lui accorde. La précaution que prenait Denys (1) de faire placer la femme sur les genoux pour introduire la sonde, et de la faire coucher ensuite sur le dos, est rarement nécessaire.

VII. L'époque de l'accouchement est sans contredit le moment où l'*état moral* des femmes exige le plus d'égards. Il faut, par conséquent, éloigner d'elles, avec tout le soin possible, ce qui peut les gêner, les contrarier, et respecter jusques à leurs caprices et aux bizarreries de leur caractère.

On ne laisse dans la chambre que le nombre de personnes indispensables, c'est-à-dire une ou deux amies, tout au plus, la garde et l'accoucheur. Ce n'est pas qu'on ait à redouter, comme du temps de Pline (2), des accidens graves, s'il y a par malheur une personne qui ait les bras croisés dans la chambre; mais bien parce que s'il y en avait davantage, l'air en deviendrait moins pur. Les unes ne supporteraient pas, sans en réfléchir l'empreinte sur leur figure, l'aspect de la douleur. D'autres ne pourraient pas tenir leur langue inactive. Tantôt c'est madame une telle qui est accouchée d'un monstre, ou bien une voisine qui est morte dans les convulsions. Tantôt c'en est une autre qu'on a délivrée avec les *ferremens*, etc. Soit intérêt réel, soit affectation, elles s'attristent, se lamentent sur les suites possibles de la couche. La femme qui, presque toujours disposée à interpréter en mal ce qui se dit et se passe autour d'elle, croit à chaque instant voir son arrêt de mort dans ce qu'elle n'entend qu'à demi, dans les gestes, ou l'expression de tristesse et de compassion des assistans.

L'accouchement est une fonction qui demande à se terminer dans l'ombre, qui peut être entravée par des regards indiscrets, et dont la pudeur cherche, autant que possible, à faire un mystère. L'accoucheur doit savoir que la mère, la

---

(1) V. Swiéten, *aphoris. de chir.*, tome VII, p. 118.

(2) Lib. 2, cap. 6, ou Guillemeau, *OEuv.* p. 309.

tante, la grand'mère, la sœur, ne sont pas toujours celles dont la présence gêne le moins dans ce moment douloureux. Interprète discret autant que circonspect et prudent, il doit donc congédier sans distinction tous les gens qui ne sont pas positivement désirés. Que d'attention ne doit-il pas avoir lui-même! impassible et ferme, d'un sang-froid imperturbable, il faut cependant qu'il sache compatir aux maux dont il est le témoin, encourager, consoler, distraire, inspirer une confiance sans bornes, une grande familiarité par l'affabilité de ses propos, des raisonnemens que tout le monde puisse comprendre, sa patience, l'aménité de son caractère et la gravité de ses mœurs; qu'il sache se faire obéir sans contrainte, et qu'il combatte sans cesse, par tous les moyens que la morale, la philosophie, son esprit naturel et son éducation lui suggèrent, le découragement, les craintes de toute espèce, la tristesse et les alarmes auxquelles se laissent souvent aller les femmes les plus résolues aussi bien que les plus timides.

VIII. L'*habillement* d'une femme en travail était autrefois une grande affaire; on avait des robes, des camisoles, des coiffures qui ne servaient qu'à cela. Chaque pays, chaque province, chaque famille même avait sa mode. Aujourd'hui ces vieilles habitudes ne se retrouvent plus que dans quelques contrées et quelques maisons où, par suite d'un respect mal entendu, on s'obstine à ne pas vouloir vivre autrement que ne le faisaient nos pères. A cela l'accoucheur n'a rien à dire, pourvu que la forme des habits, le genre de toilette préférés ne soient pas de nature à gêner le libre exercice d'aucune fonction, qu'aucune constriction ne soit exercée sur l'abdomen, la poitrine et le cou, que rien n'embarrasse les mouvemens des membres, que les vêtemens soient légers, ni trop chauds, ni trop froids, et que la circulation ne souffre pas de leur emploi.

B. Du coucher de la femme en travail.

I. Le *lit de l'enfantement*, qu'on nomme encore *lit de l'accouchement*, *lit de travail*, *lit de douleur*, *lit de misère*, *petit*

lit, etc., est également une affaire de mode ou d'habitude, qui a singulièrement varié, quant à la forme, selon les temps, les lieux et les fantaisies. Il est des femmes qui n'en veulent pas, qui accouchent debout, les coudes appuyés sur le manteau d'une cheminée, le dos d'une chaise, une table, une commode ou quelqu'autre meuble, ou bien en s'accrochant aux épaules d'un des assistans. Quelques-uns se tiennent à genoux, par terre. D'autres se mettent sur les genoux d'une autre personne, ayant les cuisses et les jambes fortement fléchies et relevées. Les anciens se servaient de chaises ou de fauteuils particuliers, de *chaises pour accoucher*, ayant des supports pour les bras, un dossier mobile, à crans, un soutien pour les pieds, et un siége percé. Ces chaises, encore usitées en Allemagne (1) et en Suisse, et dont on trouve la figure ou la description dans les ouvrages de Rhodion (2), de Deventer (3), de Dionis (4), qui blâme Mauriceau de les rejeter, de Stein, et de M. Hermann, ne sont plus employées en France, quoique M. Rouget ait tenté récemment de les faire revivre, en présentant à l'Académie et à l'Administration des hôpitaux de Paris un nouveau lit de travail de son invention. M. Touchard (5) n'en a pas moins renouvelé la proposition depuis, et avec aussi peu de succès, M. Ehlère (6) en Allemagne, et M. Bigeschi (7) en Italie, en ont encore inventé d'autres qui me paraissent mériter le même sort que celles de leurs devanciers. Ce n'est pas qu'elles soient entièrement dépourvues d'avantages ; mais, pouvant être remplacées partout sans inconvénient, par des moyens usuels et que chacun a sous la main, personne n'en sent le besoin, et il serait par

---

(1) Osiander, *Bulletin de Férussac*, tome XXII, p. 282.

(2) *De part. homin.*, feuillet 19, trad. de Bienassis.

(3) *Observ. sur les accouch.* etc., p. 110.

(4) *Traité gén. des accouch.* etc., p. 209.

(5) *Archiv. gén.* tome XXVI, p. 136.

(6) *Bulletins de la Faculté*, 1806, p. 30.

(7) *Bulletin de Férussac*, tome VII, p. 165.

trop ridicule de voir les chirurgiens, comme jadis, être toujours suivis de leur lit de travail quand ils se transportent près d'une femme en douleur.

Le meilleur est un *lit de sangle*, solide, d'une largeur moyenne, placé de manière que son extrémité, qui doit servir de chevet, soit appuyée contre l'un des murs de la chambre, et qu'on puisse circuler commodément autour de son pied et de ses deux côtés. Un premier matelas est étendu sur ce lit. On en place un second, ployé en double par-dessus, qu'on arrange de telle sorte que le bord d'une de ses extrémités puisse servir à tenir le siége soulevé, tandis que sa portion repliée supportera le dos et la tête. Un drap, une toile cirée ou des alèzes, des oreillers et des traversins pour former à la tête et à la poitrine un plan incliné, complètent cet appareil.

On peut aussi se contenter d'un coussin qu'on glisse sous le milieu du premier matelas, pour soulever le bassin et laisser à nu le périnée. Alors on forme le chevet du lit avec une ou deux chaises ordinaires, couchées sur le ventre, ayant les pieds tournés vers le mur, et le bord supérieur du dossier vers le siége de la femme. Pour le reste, on se comporte comme précédemment, et le second matelas devient inutile.

Un seul matelas, sans coussin, peut encore suffire. On le met en double. On en soulève la tête avec des chaises. On laisse à découvert toute la portion du lit de sangle qui doit se trouver au-devant du bassin, et à l'aide de quelques chiffons, pour recevoir les liquides qui s'échappent de la vulve, on évite de salir aucune pièce de linge. Quelques personnes y ajoutent avec avantage un bâton, qu'elles fixent en travers pour servir d'appui aux pieds, lors des grandes douleurs. Dans la campagne, on fait souvent un lit en plaçant et en unissant six ou huit chaises en face l'une de l'autre, et sur lesquelles on étend des matelas.

A la rigueur, une femme robuste et bien conformée peut accoucher dans toutes les positions imaginables, sur une chaise, par terre, sur une botte de paille, debout, et sur toutes les espèces de lits qui ont été proposés. C'est donc seulement dans les cas où rien ne s'oppose à ce que l'accoucheur pres-

crive ce qu'il y a de mieux, qu'il doit attacher quelque prix à la composition du lit de travail; encore, le seul point essentiel dans tout cela est-il que la femme s'y trouve le plus commodément possible, n'y soit gênée ni pendant les douleurs, ni pendant leurs intervalles, et que le périnée puisse se distendre librement.

II. Le *moment de se coucher* sur le lit de douleur n'a et ne peut avoir rien de fixe. Quelques femmes ont besoin de s'y mettre dès que les douleurs ont acquis une certaine force. D'autres ne doivent s'y placer que beaucoup plus tard, et le plus grand nombre peuvent se laisser conduire, sans inconvénient sous ce rapport, par ce qui s'accorde le mieux avec leur bien-être particulier. Tant qu'elles se tiennent au lit ou levées, pour être mieux à leur aise, et non pas pour satisfaire à quelque idée préconçue, on doit les laisser libres. Il serait absurde de les obliger à rester couchées depuis l'origine jusqu'à la fin du travail, quand le seul moyen d'alléger leurs souffrances est de se promener et de changer de place. En les forçant, d'un autre côté, à se tenir sur pied jusqu'à la fin, on épuise inutilement leur courage et leurs forces, on les expose à l'hémorrhagie, à la chute et au renversement de la matrice, à la déchirure du périnée, et à la sortie trop prompte, trop précipitée, de l'enfant.

Celles qui accouchent presque sans douleurs et très vite ne peuvent se coucher trop tôt. Si elles tardent trop, l'enfant tombe par terre, comme dans un des exemples rapportés par De La Motte (1), et divers accidens surviennent alors le plus souvent. Il importe d'autant plus de se tenir en garde contre cette terminaison, que certaines femmes accouchent en une seule douleur (2) On en cite même quelques-unes qui n'éprouvent absolument aucune douleur. Telle est celle dont parle M. Duchateau (3) d'Arras, et qui, étant allée aux latrines

---

(1) *Traité complet*, etc., p. 132, obs. 57.

(2) *Ibid.* p. 5, obs. 2.

(3) *Archiv. gén.* tome IV, p. 617.

la nuit, ne s'aperçut qu'elle était accouchée qu'aux cris de son enfant tombé dans la fosse; mais il n'est pas démontré qu'il ne se soit glissé aucune erreur dans les observations de ce genre. L'inertie n'est ni partielle alors, comme le croit M. Burns (1), ni générale, comme le veut M. Ingleby (2). La matrice se contracte, et n'est pas plus relâchée que dans tout autre travail; mais ses contractions sont si régulières, rencontrent si peu d'obstacles, qu'elles ne causent presque aucune souffrance, et qu'elles expliquent jusqu'à un certain point comment MM. Dewees et Power (3) ont pu dire que le travail naturel est complètement dépourvu de douleurs.

Ainsi, dans les accouchemens réguliers, quand il n'y a point d'indication spéciale à remplir, il est inutile que la femme se couche avant la rupture de la poche des eaux, à moins que ce ne soit pour se reposer quand elle est fatiguée. Lorsque la dilatation du col est complète, au contraire, et surtout quand la tête est descendue dans l'excavation, il est mieux, mais non pas toujours indispensable, qu'elle reste sur le lit préparé à cet effet. Il est bon qu'elle se tienne debout, marche et se promène, autant que ses forces le permettent, quand les douleurs sont faibles et se succèdent avec lenteur, quand la poche s'est rompue prématurément, quand la tête reste très élevée au-dessus du détroit supérieur, et que le col, bien que souple et très dilatable, ne s'ouvre que difficilement. On doit l'engager à se coucher de bonne heure, quand le bassin est très large et que les membranes ne se déchirent pas, bien que le col soit dilaté, quand le travail marche avec trop de rapidité, quand il y a menace d'hémorrhagie ou quelque obliquité de l'utérus. Les femmes affectées de déviation du rachis, d'asthme, d'hydrothorax, d'ascite ou de quelqu'autre disposition anormale, sont quelquefois forcées de ne pas se coucher du tout, d'accoucher debout, ou assises,

---

(1) *Ingleby on uter. hemmorrh.* etc., p. 226.

(2) *Ibid. et princip. of midwif.* 1832.

(3) Ryan, *Manual of midwif.* etc., 1832.

ou à genoux, etc.; de même qu'il en est d'autres qui ne peuvent sortir de leur lit sans danger, avant la terminaison du travail. Mais ce sont là des cas exceptionnels, ou qui n'appartiennent plus à l'eutocie.

Lorsque la femme est couchée, elle doit, pendant les douleurs, se tenir sur le dos, les jambes et les cuisses demi-fléchies, et les pieds appuyés sur le matelas ou le lit de sangle. Cette position, tellement naturelle, que les femmes la prennent d'elles-mêmes, et y reviennent promptement après l'avoir momentanément abandonnée, dès qu'une douleur s'annonce, est surtout nécessaire quand la matrice est fortement inclinée en devant. Mais, dans l'intervalle des contractions, il serait aussi ridicule que cruel d'exiger une position fixe quelconque. Alors la femme doit être libre de se placer à son gré, tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre. L'être qui souffre et qui ne peut éviter la douleur, a du moins l'espoir qu'en changeant de situation, il trouvera quelque adoucissement à ses maux. Lui enlever cette ressource serait une véritable barbarie. Il y a plus, c'est qu'à l'exception des cas d'obliquité très prononcée, le décubitus dorsal n'est que très rarement de rigueur. La plupart des femmes anglaises (1) et américaines se tiennent sur le côté gauche, le siége près du bord droit de leur lit ordinaire convenablement garni, les jambes et les cuisses fléchies, les genoux tenus écartés par des oreillers ou des coussins, et pourtant on ne voit pas que l'accouchement entraîne beaucoup plus de dangers en Angleterre qu'en France. La position de la femme sur le dos, pendant le travail, long-temps adoptée seule par les accoucheurs allemands, a été remplacée, dit M. Kilian (2), par la position latérale que Boër, Schmidt, Wigand, Nægèle regardent comme préférable. Toutefois il est évident qu'une pareille attitude doit être fort gênante et peu favorable aux contractions musculaires pendant les efforts. Les accoucheurs de la Grande-Bretagne, qui

(1) Burton, *Nouv. syst. des accouch.*, p. 167.

(2) *Die operat. Geburtshülfe*, etc., p. 149-150.

la conseillent, prétendent qu'elle permet de soutenir plus efficacement le périnée, d'exercer plus librement le toucher, et, chose que je ne comprends pas, d'appliquer plus aisément le forceps, la main ou quelque instrument que ce puisse être; mais quand on sait jusqu'à quel point la pudeur est portée chez les dames anglaises, on incline bien plutôt à penser que le décubitus latéral, qui leur permet de ne point se trouver en face de la personne qui les accouche, a été choisi pour leur complaire, pour ménager leurs alarmes. Plusieurs écrivains de cette nation, et Smellie (1) en particulier, conviennent d'ailleurs que la méthode française, adoptée aussi par M. Dewees (2), est plus commode. M. Ritgen (3), qui veut que la femme se tienne sur le côté vers la fin, a soin de noter que son but alors est de neutraliser la coopération musculaire qu'il redoute, je ne sais trop pourquoi. Denman (4) lui-même dit en outre que la position sur le côté favorise la déchirure du périnée. Peu (5) avoue du reste qu'il fut obligé d'en faire coucher une sur le ventre.

C. Position de l'accoucheur.

L'*accoucheur* se place au côté droit du lit de douleur pour toucher, suivre les progrès du travail et soutenir le périnée; toutes choses qui peuvent se faire sous les couvertures, car c'est le doigt ou la main, et non pas l'œil, qui doit agir et apprécier ici l'état des parties. Desforges, un des plus habiles accoucheurs de son temps, dit Dionis (6), était aveugle.

Comme la volonté et le courage ont une grande influence sur la marche de l'enfantement, il importe de savoir en diri-

---

(1) *Traité de la théorie et de la pratique*, etc., tom. Ier p. 207.

(2) *Compend. system. of midwif.*, 1825.

(3) *Bulletin de Férussac*, tome XVI, p. 287.

(4) *Introd. à la pratiq.* etc., tome Ier, p. 79.

(5) *Pratique des accouch.* etc., p. 108.

(6) *Traité gén. des accouch.* etc., p. 247.

ger convenablement les efforts. Tous les jours on rencontre, dans la pratique, des femmes qui *poussent*, qui tâchent de faire valoir leurs douleurs, dès que les souffrances sont un peu vives. Les commères, la sage-femme, assez souvent, et l'accoucheur lui-même, quelquefois, les encouragent à se comporter ainsi, en leur faisant espérer qu'elles seront plutôt délivrées. Cette conduite est extrêmement blâmable, et ne peut être le fruit que de l'ignorance ou de l'irréflexion. Tant que le col n'est pas effacé, que la poche des eaux n'est pas rompue, ou du moins que la tête n'est pas encore engagée au détroit supérieur, les efforts pour hâter l'accouchement ne servent qu'à épuiser la femme en pure perte. Jusqu'à la fin du premier temps, l'action des muscles n'est point sollicitée, la matrice ne la réclame point, elle n'aurait aucun but.

Mais, dès que le fœtus pénètre dans l'excavation, que le col est dilaté, que les membranes sont déchirées, la pesanteur sur le *fondement*, le ténesme et les épreintes se manifestent, font naître l'envie de *pousser*, forcent les contractions musculaires à venir au secours de l'utérus, et d'autant plus que l'enfant est plus près d'être expulsé. Alors c'est la matrice qui commande les efforts, et non plus la femme qui les ordonne. Le tout est de les faire valoir à propos, et l'on rencontre beaucoup de femmes qui ne le savent pas, qui *ne savent point accoucher*; qui, avec une perte de forces considérable, ne font presque point avancer le travail. C'est à l'accoucheur de faire leur apprentissage, s'il est permis de s'exprimer ainsi, de leur faire entendre qu'elles ne doivent agir volontairement, quand les contractions utérines sont régulières, qu'à partir du moment où chaque douleur est franchement commencée, où la réaction musculaire est positivement sollicitée. Dès-lors elles doivent, en appuyant du bassin, des pieds et des mains, sur le lit ou les personnes destinées à les soutenir, pousser avec toute la force dont elles sont susceptibles, comme si elles voulaient aller à la garde-robe. Aussitôt que la matrice elle-même ne pousse plus, tout effort doit être suspendu. Un repos, un calme aussi parfaits que possible, doivent être strictement ordonnés, et jamais on ne doit perdre de vue que les muscles ne sont pas là

pour forcer, mais seulement pour aider et soutenir les contractions de l'utérus.

Quelquefois les souffrances sont tellement aiguës, tellement insupportables, lorsque la tête arrive au détroit inférieur, qu'au lieu d'appuyer avec force sur leur bassin, de pousser en bas, les femmes, même les plus résolues, le retirent malgré elles, et comme pour fuir la douleur. En cela elles se trompent doublement. D'abord, en ce que rien au monde ne peut les soustraire aux souffrances qu'elles endurent, et que, de cette manière, elles reculent volontairement le moment de leur délivrance; ensuite, en ce que, loin d'être un mal, la violence des contractions est au contraire ce qu'elles ont le plus à désirer, puisque c'est de là que dépend la prompte terminaison du travail. La même chose a souvent lieu chez d'autres femmes trop pusillanimes, trop nerveuses ou trop craintives. La peur d'augmenter l'acuité des douleurs les retient. Elles s'agitent, se contournent, et, plutôt que d'aider, que de faire valoir les efforts de leurs muscles, elles mettent tout en jeu pour les empêcher ou les suspendre.

Quelques-unes tombent dans un excès contraire, se livrent à des efforts tellement immodérés, que, si on n'y mettait ordre, il pourrait en résulter des accidens graves, tels qu'une forte congestion cérébrale, et même l'apoplexie, le gonflement subit du corps thyroïde et la rupture des grosses veines du cou, la formation des hernies de toute espèce, la paralysie momentanée des membres pelviens, etc. On doit donc dérouler à leurs yeux le tableau rembruni des accidens auxquels elles s'exposent en poussant ainsi inconsidérément, et user avec adresse de tous les moyens de persuasion, de tout l'empire que l'on a sur elles, pour les obliger à céder avec plus de réserve aux sensations qu'elles éprouvent. Si le raisonnement, la prière et la douceur ne réussissent pas, un ton ferme et même la menace, habilement employés, deviennent quelquefois nécessaires. Il est mille moyens qu'on peut essayer pour les faire rentrer dans le calme, leur inspirer de la crainte et les contenir. C'est ainsi que Baudelocque, ayant vainement épuisé toutes les ressources, imagina de faire venir deux avocats en robe,

dans la chambre d'une femme en travail, qui en fut si fort intimidée, que dès-lors elle devint raisonnable et se soumit aux conseils de l'accoucheur. On voit donc qu'en imitant de la Cuisse, qui, au dire de Mauriceau (1), s'endormait pendant le travail près de la femme, et ne se réveillait qu'au moment du passage de l'enfant, l'accoucheur ne remplirait qu'une partie de son devoir.

D. *Du toucher.*

Le *toucher* s'exerce aux différens temps du travail, pour reconnaître la position du fœtus, le degré de dilatation du col, et jusqu'à quel point la tête est descendue. A la rigueur, il suffirait de toucher trois fois dans tout le cours de l'accouchement : une fois vers le commencement, pour acquérir la certitude que la matrice se contracte, malgré Deleurye (2), qui craint qu'alors on ne déchire les membranes ; une seconde, au moment où la poche des eaux se rompt, pour s'assurer positivement de la position ; et un troisième, lorsque les douleurs et les efforts ont repris une certaine force, afin de voir si les parties s'engagent bien dans l'excavation ; mais, en général, à moins que la vulve et le vagin ne soient très sensibles et irritables, on peut, sans inconvénient, pratiquer cette opération beaucoup plus souvent.

Si le toucher n'était jamais pratiqué que pour s'instruire des progrès du travail, il aurait rarement d'autre inconvénient que d'ennuyer quelques femmes et de blesser leurs scrupules, quelque répété qu'il fût, à l'exception toutefois des cas où l'on en fait un objet d'étude, comme dans nos salles publiques, où un très grand nombre d'élèves touchent successivement la même personne. Mais il existe des accoucheurs qui s'en servent dans un autre but ; qui, garnis d'un tablier, l'habit bas, les manches relevées, s'asseyent entre les

(1) *Maladies de femmes grosses*, etc., p. 209.

(2) *Traité des accouch.* etc., p. 177.

genoux de la femme, et font, disent-ils, leur *petit travail*, dilatent forcément et la vulve et le col, sous le prétexte d'accélérer la marche de l'accouchement. Deventer (1) est un de ceux qui ont le plus contribué à répandre cette pratique. Il faut, dit-il, porter la main entière dans le vagin, dès que la tête arrive dans l'excavation, afin de repousser avec force en arrière le coccyx et *la pointe du sacrum*. Mesnard (2) croit aussi qu'on aide véritablement la femme en déprimant le coccyx, et A. Leroy (3) n'a pas dédaigné de soutenir l'opinion de Deventer. C'est une méthode, au reste, qui paraît fort ancienne, car S. Pineau (4) s'attache déjà, ainsi que Lemoine (5) le fait à son tour, à en démontrer l'inutilité. On conçoit que la pointe du sacrum n'a été nommée, en pareil cas, que par irréflexion, et qu'il serait ridicule de vouloir la déprimer. Quand au coccyx, comme il fait corps avec les ligamens sciatiques et le périnée, il sera repoussé plus avantageusement par la tête ou les parties de l'enfant, que par la main de l'accoucheur. Une femme qui l'avait sondé, qui était âgée de plus de 40 ans, et dont parle Smellie (6), n'en accoucha pas moins sans difficultés.

S'il est parfois utile ou seulement permis de porter plusieurs doigts dans le vagin, pour aider à la dilatation des parties, c'est dans les seuls cas où la rigidité et l'état d'irritation de quelque point du canal vulvo-utérin indiquent qu'il serait bon d'y introduire du mucilage ou quelque pommade adoucissante, telle que le cérat de Gallien ou la pommade de concombre, et non de l'huile comme le voulait Consell. Ce n'est pas toutefois que l'introduction de la main, à travers la vulve, soit bien dangereuse alors. On aurait même tort de s'en dispenser s'il restait des doutes sur la bonne conformation du

(1) *Observ. sur les accouch.* etc., p. 139.

(2) *Guide des accouch.* etc., Rouen, 1753.

(3) *Lettre sur la prat. des accouch.* etc., par M***, p. 58, Paris, 1777.

(4) *Opuscul. de physiol. et d'anat.* etc., p. 181.

(5) Burton, *Nouv. syst. des accouch.* etc., p. 179.

(6) *Traité de la théorie et de la pratiq.* etc., tom. 2 p. 7.

bassin ou sur la position du fœtus, lorsqu'il est important de constater l'état des parties sous ce double point de vue. J'ajouterai qu'une fois dans le vagin, la main occasionne ordinairement des épreintes qui activent d'une manière fort heureuse les efforts musculaires de la femme, ainsi que les contractions de la matrice.

Lorsque la tête, en s'engageant au détroit et même en parcourant l'excavation, pousse le col devant elle comme un bourrelet, il y a quelques avantages à soutenir ce cercle avec l'extrémité d'un ou de plusieurs doigts pendant la douleur ; mais s'il n'est pas constamment dangereux, il est du moins toujours inutile de chercher à vaincre artificiellement sa résistance. Ce serait au moins une très mauvaise pratique que de porter toute la main dans le vagin, pour soutenir le col dès que la poche des eaux est rompue, comme le veut Burton (1).

E. Soutenir le périnée.

Quand on se rappelle la forme du bassin et la direction de ses axes, il est facile de voir que la cloison périnéale, qui continue la paroi sacro-coccygienne, sans en offrir la solidité, doit être violemment distendue et courir les plus grands risques d'être déchirée à l'instant où la tête franchit le détroit inférieur. Aussi tous les accoucheurs ont-ils conseillé quelque moyen pour prévenir cet accident. Les uns ont pensé, avec Mesnard, qu'il suffisait de repousser le coccyx en arrière, ou de placer deux doigts entre la tête et le périnée, lorsque l'occiput arrive à la vulve; d'autres, qu'on atteindrait mieux le but à l'aide du levier de Roohuysen ou d'une large plaque de baleine ; enfin, actuellement, on se contente de la main appliquée à l'extérieur. Mais comme, malgré toutes les précautions, le périnée ne s'en déchire pas moins le plus souvent, des chirurgiens modernes en ont conclu qu'il était tout-à-fait inutile de le soutenir d'aucune manière.

---

(1) *Nouveau syst. des accouch.* etc., p. 177.

Soutenir le périnée, dit M. Pinel Grand-Champ (1), est non seulement inutile, mais encore nuisible. Mende (2), successeur d'Osiander à Gœttingue, était si convaincu du même fait, qu'il n'a pas craint de l'annoncer publiquement en Allemagne. M. Schmitt (3) soutient aussi que rien ne peut empêcher la rupture du périnée chez les primipares. Si j'en puis croire plusieurs jeunes médecins anglais, l'accoucheur qui dirigeait la Maison d'accouchement de Dublin, en 1824, serait aussi de cet avis, et de Siebold (4), qui les a combattus en invoquant sa longue expérience, n'a point empêché M. Ritgen (5) de ne trouver d'autre moyen pour prévenir la rupture du périnée, que de tenir la femme sur le côté, au moment où la tête franchit la vulve. S'il est prouvé, dit M. Kilian (6), que les ruptures du périnée ne sont pas plus fréquentes lorsqu'il n'est pas soutenu, il ne l'est pas moins que celles qui arrivent dans ce cas sont plus considérables que les autres. M. Kilian (7) remarque en outre, et avec raison, qu'il ne faut pas confondre avec la rupture du périnée les fissures de cette région, qui arrivent au moment de plus grande tension, qui ne peuvent être évitées, et à laquelle les muscles ne participent en aucune manière. Comme ici, le succès dépend moins des moyens que de la main qui les met en usage, il est probable que de long-temps on ne sera d'accord sur la valeur de ceux qui ont été proposés.

Voyant qu'aucune méthode actuellement usitée ne réussit complètement, quelques médecins d'Allemagne ont imaginé d'inciser le périnée d'avant en arrière, plutôt que d'en permettre la déchirure. Cette pratique, que Mauriceau (8) blâme déjà, que Burton (9) conseille, et que

---

(1) *Thèse*, n° 13, Paris, 1825.

(2) *Bulletin de Férussac*, tome IX, p. 262.

(3) *Voyez* Meissner, oper. cit.

(4) *Bulletin de Férussac*, tome IX, p. 262.

(5) *Ibid.* tome XVI, p. 287.

(6) *Die operat. geburtshülfe*, p. 167.

(7) *Ibidem.*, p. 153.

(8) *Malad. des femmes grosses*, p. 259.

(9) *Nouveau syst. des accouch.* etc., p. 385.

M. Weise (1) croit excellente, a surtout été défendue par M. Michælis (2) et par M. Leinweber (3) en 1827. Nul doute que l'incision ne dût être préférée à la rupture, si cette dernière était absolument inévitable, mais comme on la prévient souvent, comme elle est au moins extrêmement faible, dans la plupart des cas, je ne crois pas que le précepte de M. Weise doive être adopté, bien que je ne puisse pas admettre, avec M. Kilian (4), que la déchirure d'un périnée sain guérisse toujours aussi bien que la section faite par le bistouri.

Quoi qu'il en soit, la conduite avouée par l'expérience et le raisonnement est la suivante : on place la main nue ou mieux enveloppée d'un linge, en travers, de manière que son bord cubital corresponde à la pointe du coccyx, que son bord radial soit au dessous de la commissure antérieure du périnée, que l'extrémité libre des doigts puisse se loger entre la grande lèvre et la cuisse d'un côté, ou s'étendre jusque sur la fesse, tandis que l'éminence thénar et le pouce écartés se trouvent entre l'autre lèvre et la cuisse du côté opposé. On transforme ainsi en paroi solide le plan que doit parcourir la tête sur les parties molles en sortant du bassin. La main est là comme pour continuer la face concave du sacrum et du coccyx, afin de forcer la tête à se mettre en rapport avec l'axe de la vulve. L'effort que l'on exerce doit donc porter d'arrière en avant, du coccyx vers le pudendum, et non dans le sens inverse ni latéralement. Il faut obliger l'occiput à se relever vers les pubis, et non l'empêcher de descendre. Ce n'est d'ailleurs qu'au moment même où la tête commence à distendre la vulve avec une certaine force qu'il importe d'agir. Avant cette époque l'opération n'aurait aucun but, et l'accoucheur prouverait seulement qu'il n'en comprend pas le mécanisme.

En essayant de fléchir un peu les doigts, comme on l'a con-

---

(1) *Bulletin de Férussac*, tome XV, p. 87.

(2) Kilian, *die operat.* Geburtshülfe, etc., tome 1er.

(3) *Thèse*, Berlin, 1827.

(4) *Die operat.* Geburtshülfe, p. 168.

seillé, pour ramener les parties molles vers la ligne médiane, la main devient trop concave, ne soutient plus suffisamment la tête, et l'on favorise précisément ce que l'on voudrait éviter. En plaçant la main, comme d'autres le recommandent, en supination, verticalement, les doigts vers le coccyx et le poignet du côté de la vulve, on manque encore le but, parce que les efforts s'exercent alors avec plus de facilité en avant qu'en arrière, tandis qu'on doit désirer le contraire. Enfin, pour prévenir le plus sûrement possible la déchirure, on peut, à l'instar de Flamant, saisir la peau des fesses ou de la portion postérieure du bassin avec les deux mains, afin de la ramener, autant que possible, en avant. C'est une pratique que Puzos (1) conseille déjà puisqu'il veut qu'on «rassemble les parties du voisinage, et qu'on rapproche les fesses du fondement pour procurer de l'étoffe au lieu qui est en souffrance.» Il convient, il importe même, aussitôt que les bosses pariétales ont franchi le niveau des tubérosités ischiatiques, d'engager la femme à ménager ses efforts, au lieu de l'exciter à pousser de plus en plus, comme on le fait trop généralement. C'est dans cet instant que les parties surprises, étonnées, se déchirent, si la tête, poussée trop rapidement, ne leur donne pas le temps de céder et de se mouler sur elle. Plus la vulve sera lentement traversée, plus on aura de chances de maintenir la cloison périnéale dans toute son intégrité. C'est le passage des épaules et non de la tête, dit M. Kilian (2) qui donne lieu au plus grand nombre de déchirures du périnée. L'auteur va trop loin; mais il y a quelque chose de vrai dans cette assertion.

Je suis loin de dire que la déchirure du périnée soit un accident grave dans tous les cas; je crois, au contraire, qu'elle est rarement dangereuse; mais l'accoucheur n'en doit pas moins tout faire pour la prévenir, et je ne puis trop blâmer la négligence qu'y apportent un grand nombre d'entr'eux.

---

(1) *Traité des accouch.* p. 132.

(2) *Die operat. geburtshülfe,* etc., p. 171.

S'il n'est pas en notre puissance d'empêcher la femme de souffrir, il est au moins de notre devoir de conserver la forme naturelle de ses organes, en tant que la chose est possible. La plaie se cicatrise sans doute; mais l'orifice externe du vagin reste avec de trop grandes dimensions. Et qui ne devine les troubles malheureux dont cet accident, si léger en apparence, peut devenir indirectement la cause! Obligé d'en traiter plus tard, je n'en dirai rien de plus en ce moment.

§ II.

Soins relatifs au fœtus.

A. Positions de la tête.

I. *Positions occipito-antérieures.* Aussitôt que la tête a franchi la vulve, on doit la soutenir avec les deux mains. Les doigts écartés s'appliquent sous l'occiput, l'oreille et la mâchoire inférieure de chaque côté, en ayant soin de ne pas gêner le mouvement de restitution. A la rigueur, on pourrait se dispenser d'exercer la moindre traction; car souvent le reste du fœtus est chassé du même jet avec la tête, et dans les autres cas une nouvelle douleur ne tarde pas à l'expulser en entier. Cependant, comme il n'y a plus aucun avantage à reculer la terminaison du travail, comme la femme n'a rien tant à cœur que d'être promptement délivrée, il est mieux de suivre l'impulsion donnée par la matrice, et, pendant qu'elle se contracte encore, de tirer avec prudence et très modérément, sur la tête ou sur les aisselles, dans la direction de l'axe du détroit inférieur. Quand la contraction utérine cesse complètement après la sortie de la tête, on doit attendre une nouvelle douleur avant d'exercer la moindre traction. Autrement on pourrait vider la matrice trop vite, et en favoriser l'inertie. Il faut savoir, au surplus, que, s'il s'est écoulé assez de temps pour permettre à la vulve de se resserrer sur le cou, l'épaule postérieure, poussée avec force ou tirée sans précaution, est susceptible de rompre, d'échancrer profondément le périnée tout aussi bien que la tête.

La conduite que je viens d'indiquer est particulièrement

applicable aux trois variétés franches de la position occipito-antérieure. Elle peut, elle doit même être légèrement modifiée dans la plupart des autres présentations.

II. *Position occipito-postérieure.* Quand l'occiput regarde en arrière, l'accouchement étant, en général, plus difficile, il est naturel de profiter de sa tendance à se porter en avant pour le ramener peu-à-peu en position antérieure, contrairement à l'avis de M. Kilian (1) qui dit que jamais l'accoucheur ne doit essayer de changer la position dans les cas où le plan postérieur de l'enfant regarde le sacrum. On y parvient souvent, en imitant les procédés de la nature. Quand la tête est descendue dans l'excavation, presque immédiatement après l'écoulement des eaux, on tâche de la faire dévier à droite ou à gauche, dans l'intervalle des contractions, en glissant deux ou trois doigts soit au-devant du sacrum pour repousser l'occiput en avant, soit derrière les pubis sur le côté du front pour le porter en arrière.

Pendant la douleur on l'empêche de revenir à sa position primitive, en laissant les doigts qui l'ont déplacée entre elle et la ligne médiane. On répète ces tentatives autant de fois qu'on le juge nécessaire, et si l'on ne parvient pas toujours à convertir les quatrième ou cinquième positions de Baudelocque en première ou en seconde, du moins est-il sûr qu'on ne fait courir aucun risque à la mère ni à l'enfant, quand la manœuvre est bien exécutée. Dans cette position, le périnée est plus exposé que dans toute autre à se déchirer. Pour le soutenir avec efficacité on doit se garder d'incliner trop la main en avant; car le sommet de la tête tomberait perpendiculairement sur elle et se renverserait plutôt en arrière, vers l'anus, que de glisser du côté de la vulve. C'est ici que serait surtout applicable le précepte de Flamant, si les tégumens du sacrum n'étaient pas trop adhérens pour se laisser entraîner facilement vers la vulve.

III. *Positions de la face.* Bien que les positions de la face ne

---

(1) *Die operat. gebur shülfe*, etc., p. 224.

rendent pas l'accouchement beaucoup plus difficile que celles du vertex, comme elles sont cependant moins exactement dans le vœu de la nature, dans l'ordre normal, il est toujours prudent de les changer en positions du sommet quand la chose paraît facile. Il n'est plus temps d'y songer dès que la tête est arrivée dans l'excavation. C'est pendant qu'elle est encore mobile au détroit supérieur, qu'on peut l'essayer, et cela de deux manières différentes : ou bien, on se contente de repousser le menton vers la poitrine en agissant avec deux doigts sur le front, ou bien on tâche d'accrocher l'occiput pour l'abaisser et produire le même effet. Dans les deux cas, les doigts restent en place jusqu'à ce qu'une contraction survienne, afin de transporter sur la branche occipitale du levier que représente la tête, la puissance qui appuyait auparavant sur la branche faciale ou antérieure. C'est surtout dans la position mento-sacrée, qu'il serait important d'opérer cette conversion. Du reste, quand la face sort la première, le périnée n'est pas aussi facile à soutenir que dans les positions du sommet ; mais comme c'est le devant du cou, et non plus le bregma, qui porte contre le bord inférieur de la symphyse pendant que l'ovale supérieur de la tête parcourt l'arc de cercle coccy-périnéal qui l'amène dans la vulve, la déchirure de cette cloison est aussi moins à craindre. Il faut donc que la main n'appuie que modérément et seulement à dater du moment où le front est déjà au-dehors; autrement, on pourrait augmenter les dangers que court le fœtus, ou, tout au moins, gêner la terminaison de l'accouchement.

IV. Le *front* en entier ou l'un de ses côtés, la *fontanelle* antérieure, l'une des bosses pariétales, le haut de la nuque, le menton ou l'une des joues, à la place des positions franches de la face ou du vertex, n'empêchent pas toujours l'accouchement d'être spontané, parce que les efforts de la femme finissent ordinairement par faire descendre l'occiput ou le visage. Néanmoins, comme ces positions intermédiaires ou *bâtardes*, peuvent entraver plus ou moins la marche des douleurs et du travail en général, on doit s'efforcer, dès qu'on les reconnaît, de les ramener à celles des positions régulières qui leur cor-

respondent. Tant que la tète est encore au détroit supérieur, et que la matrice n'est pas trop fortement resserrée sur l'enfant, on peut espérer, en introduisant deux doigts en arrière, au-devant ou sur les côtés de l'occiput, de le ramener au centre, ou bien d'y faire engager la face en plein, s'il n'est pas possible de réussir autrement.

B. Présentations du pelvis.

I. *Positions des pieds.* En soutenant que l'accouchement par les pieds se termine habituellement sans secours, je n'ai pas voulu dire qu'il ne faut, en aucune façon, toucher au fœtus avant qu'il ne soit complètement sorti; mais seulement qu'il n'est pas nécessaire, que même il serait dangereux d'exercer sur lui des tractions.

Dès que les jambes se montrent, on les soutient en les enveloppant d'un linge. On se comporte de la même manière pour les hanches, l'abdomen, les bras, la poitrine et les épaules. Si les talons, les genoux ou les coudes arcboutent contre le plancher du bassin, on les dégage et on les entraîne vers la vulve à l'aide de quelques doigts. Pouvant perforer le périnée quand ils s'arrêtent sur sa face pelvienne, ils réclament ici toute l'attention du praticien. Quand la tête est seule dans l'excavation, on porte deux doigts au-devant du menton, dans la bouche, ou mieux, sur les côtés du nez. Deux ou trois doigts de l'autre main glissent sous la symphyse des pubis, pour aller soutenir l'occiput, et, aux moindres contractions qui surviennent, on entraîne le tout dans la direction des axes du détroit inférieur et de la vulve, comme si on voulait renverser le dos du fœtus sur le mont de Vénus et l'hypogastre de la mère.

La tête n'ayant plus à franchir que le détroit périnéal, est hors de l'influence de l'utérus, et peut être extraite sans inconvénient; mais, tant qu'elle n'a point encore traversé l'orifice utérin, ou l'ouverture abdominale du bassin, le moindre effort tenté pour en accélérer la sortie ne serait propre qu'à produire une véritable dystocie. Quant au périnée, il est facile

de le ménager, puisqu'il dépend de l'accoucheur de tirer la tête avec plus ou moins de force, et de l'incliner plus ou moins en avant, en lui faisant franchir la vulve.

II. *Positions des genoux*. Les genoux offrent très peu d'indications particulières. S'ils se présentent dans une position régulière, on les laisse sortir d'eux-mêmes, et quand ils arrivent à la vulve, on se contente d'aider le dégagement des jambes. Si l'un d'eux prend une direction vicieuse, arc-boute contre un point quelconque du bassin, ou est arrêté par le col ou quelques replis du vagin, on le décroche ordinairement sans peine, et on le ramène à côté de l'autre. Du reste, on se comporte comme pour les pieds, en ayant soin de ne point exercer de tractions sans nécessité.

III. *Positions du siège*. Quand les fesses descendent les premières, et que les pieds tendent à s'engager simultanément, il est quelquefois utile de repousser ceux-ci et de les maintenir un peu élevés pendant plusieurs douleurs. Sinon, il n'y a rien à faire jusqu'à ce qu'elles soient au bas de l'excavation. Dans ce dernier cas, on ne tirerait pas non plus sur elles, sans inconvénient, si l'on agissait dans le moment où la matrice ne se coutracte pas. Barbaut (1) remarque déjà qu'on doit abandonner le commencement de l'accouchement par le siége à la nature, et que la tête seule alors reclame l'intervention de l'art. Cependant, quand leur volume est considérable, et qu'elles ont de la peine à traverser la vulve, un doigt, placé en crochet sur l'aine qui regarde le sacrum, peut être de quelque avantage, en permettant d'aider à propos aux efforts de la femme. A peine les hanches sont-elles dégagées, que la constriction qu'elles éprouvaient se trouve transportée sur le ventre. Il importe donc de faire quelques tractions sur les cuisses et les jambes, qu'on étend pour diminuer cette pression dangereuse. L'accouchement ensuite est en tout semblable, pour les soins qu'il exige, à celui qui se fait par les pieds ou les genoux. Au moment où les fesses s'échappent du

---

(1) *Cours d'accouch.* etc., tome II, p. 24.

détroit inférieur, elles distendent quelquefois le périnée avec autant de force que la tête d'abord ; mais comme elles sont beaucoup plus molles, et que la flexibilité du tronc leur permet de s'accommoder plus facilement à la direction des axes, ainsi qu'à la forme des espaces qu'elles sont obligés de franchir, elles en déterminent bien plus rarement la déchirure; en sorte qu'il n'est pas toujours indispensable alors de soutenir le périnée.

IV. Dans les *positions obliques du siége* on fait comme pour les positions inclinées de la tête ; on cherche à les ramener en positions franches. Si c'est la face postérieure du coccyx et de la pointe du sacrum qui est au centre, on fait coucher la femme de bonne heure. On l'oblige à se tenir, autant que possible, sur le dos, en même temps que la main, appliquée sur l'hypogastre, repousse la matrice en arrière et en haut. Si cette précaution ne suffisait pas, on pourrait, avec deux doigts de l'autre main, accrocher les ischions, et les forcer à s'abaisser dans le détroit. Si l'une des fesses s'engageait seule, avec ou sans la hanche du même côté, il faudrait la soulever pendant l'intervalle des douleurs, ou tâcher de l'atteindre directement en glissant quelques doigts sur sa face externe.

Quand au lieu d'une fesse ou du coccyx ce sont les parties génitales ou le devant des jambes qu'on rencontre au centre du col dilaté, il est généralement facile de faire descendre les pieds à la place du siége. C'est une ressource qu'on doit mettre en usage toutes les fois que les fesses et les pieds se présentant ensemble, on s'aperçoit qu'il serait trop difficile de forcer les premières à s'engager seules.

ART. 5. — Des soins que réclame l'accouchement penible ou irrégulier.

Sans exiger absolument des secours actifs et puissans, le travail est cependant quelquefois assez ennuyeux, assez fatiguant, pour inspirer des craintes, et porter à en modifier la marche. Les causes qui le ralentissent ainsi et qui n'appartiennent pas à la dystocie proprement dite, se rapportent presque toutes à la constitution de la femme, à l'état de congestion,

ou de faiblesse, d'excitation ou de spasme, de sécheresse ou de relâchement, de contractions inégales ou d'inertie des organes génitaux, ou bien à la manière dont se comporte la poche des eaux. C'en est assez cependant pour faire pressentir que le même moyen ne peut pas convenir à tous les cas, et que, sous ce rapport, il n'y a point de spécifiques en tocologie.

§ Ier Lenteur du travail par causes diverses.

Autrefois chaque médecin, chaque sage-femme avait son remède *oxytocique* (1), un moyen sûr pour faire terminer promptement la parturition. A ce sujet, tous les arcanes, toutes les amulettes ont été vantés. Les uns mettaient un morceau de pierre précieuse, de jaspe, de topaze, d'émeraude, etc., dans un petit sachet qu'ils suspendaient au cou de la femme. D'autres l'engageaient à tenir un morceau d'aimant dans la main droite. Tantôt on lui attachait une plume d'aigle à la cuisse, ou la première plume de l'aile droite de cet oiseau sous la plante du pied correspondant. Tantôt il fallait au contraire lui frotter le ventre avec de la graisse de vipère et du fiel d'anguille, ou lui couvrir l'ombilic avec une peau de serpent ou de lièvre bien chaude. Enfin du safran appliqué sur la hanche, des phrases cabalistiques placées sur le front, la poitrine ou le creux de l'estomac, et mille autres absurdités du même genre, étaient encore fréquemment usitées. Il serait presque puéril de faire la moindre mention de pareilles niaiseries, si par respect humain on n'était parfois obligé de répondre à des gens qui les tiennent pour de grands secrets, et s'il ne fallait, dans certains cas, à l'instar de Van Swieten (2), avoir quelques condescendances pour les faiblesses des femmes. Ces remèdes, au moins, ne feront pas de mal, et peut-être auront-ils l'avantage d'empêcher l'emploi de quelque médication moins inoffensive.

---

(1) De *οξυς*, prompt, vite, et de *τοχος*, accouchement.

(1) *Aphorisme de chirurg.* etc., tome VII, p. 237.

Les eaux aromatiques de mélisse, de menthe, les teintures de canelle, de girofle, toutes les compositions, tous les élixirs alcooliques ont été prônés, et ont rendu plus d'une fois les femmes qui en usaient victimes de leur imprudence. A. Leroy (1) les associait à la saignée, et dit que, de cette manière, la lancette est le meilleur de tous les forceps. Les purgatifs et les vomitifs ont surtout joui d'une grande vogue, même parmi les médecins, et ne sont pas encore entièrement oubliés du vulgaire. Lebas (2) dit que si la femme a de la fièvre, est pléthorique, que si la tête se présente, que si l'enfant est mort, rien n'est meilleur qu'un vomitif. Les préparations de manne ou de séné, auxquelles on ajoutait, à titre de correctif, le jus d'un orange ou d'un citron, étaient fort usités par Mauriceau lui-même; mais, sans refuser à de semblables médicamens, dont De La Motte (3) se moque déjà fort au long, la faculté de rappeler les douleurs dans quelques cas particuliers, sans redouter autant leur action sur le tube digestif que le font quelques médecins de nos jours, on est obligé d'avouer néanmoins que si jamais ils peuvent être dangereux, c'est principalement chez une femme en travail.

Donnés en clystère, les purgatifs n'ont plus les mêmes inconvéniens, et paraissent effectivement avoir été employés sous cette forme avec quelque avantage. La décoction de séné, entre autres, dont l'effet est, en général, accompagné de coliques assez vives, n'est peut-être pas tout-à-fait à négliger. Il est sûr au moins qu'à la Maternité de Tours, je l'ai vue imprimer aux contractions utérines une énergie qu'il serait difficile d'attribuer au simple hasard.

Le travail marche quelquefois avec une lenteur extrême, pour durer deux, trois, quatre, cinq et même huit jours, ainsi que de la Motte (4) en cite un exemple, sans qu'il y ait

---

(1) *Histoire de la grossesse,* etc., p. 77.

(2) *Art d'accouch.* etc., p. 81, 132, 133, Paris, 1779.

(3) *Traité complet des accouch.* etc., p. 310, obs. 175, 176.

(4) *Traité complet des accouch.* etc., p. 203, obs. 107.

rien de particulier à faire, et cela dans deux cas opposés : 1°. chez les femmes jeunes, nerveuses, qui accouchent pour la première fois et dont la fibre est rigide est très excitable ; 2° chez celles qui sont d'une constitution délicate, faible et lymphatique, ou dont le museau de tanche avait offert une grande mollesse quelque temps avant le terme.

Chez les premières, le travail a de la peine à se déclarer franchement, parce que l'orifice résiste trop ou jouit d'une sensibilité trop vive. Alors une petite saignée, si l'état du pouls, la force du sujet et la coloration habituelle le permettent d'ailleurs, un bain tiède, des onctions avec la pommade de belladone, et des boissons légèrement narcotiques ou calmantes, peuvent être parfois employés avec avantage.

Chez les secondes, il semble que la matrice soit incertaine, qu'elle essaie ses forces, qu'elle ait besoin de se préparer en silence avant d'entrer ouvertement en action. J'en ai vu quelques-unes rester deux, trois ou quatre jours dans cet état ; mais alors une fois que les contractions acquièrent une certaine énergie, l'accouchement se termine, en général, avec une rapidité très grande et qui contraste singulièrement avec sa première lenteur. C'est même à cette circonstance qu'une foule de moyens ont dû leur vogue. Ici, la nature n'a pas besoin de secours. Cette lenteur lui est nécessaire, on ne doit la troubler d'aucune manière. Il est seulement permis de soutenir les forces en donnant quelques alimens analeptiques, ou, de temps en temps et toujours avec une grande réserve, quelquees cuillerées de bon vin.

D'autres fois, les douleurs, après avoir été régulières et assez vives, ne reviennent plus qu'à de longs intervalles. Tantôt c'est la faiblesse générale de la femme ou la fatigue de l'utérus qu'il faut en accuser. Tantôt, au contraire, c'est à ce que les efforts ont été mal dirigés, à ce que la matrice ne jouit pas d'une grande excitabilité, qu'on doit s'en prendre. Dans le premier cas, le repos, un consommé, s'il y a de l'appétit, un peu de vin, si la soif et la chaleur ne sont pas grandes, et de la résignation, voilà tout ce que l'on peut conseiller. Dans le second, on recommande encore le repos, si la fatigue est

grande. Autrement on fait promener la femme; car, on ne peut le nier, la marche et la position verticale accélèrent positivement la marche du travail. Sans croire avec M. Bird (1) que lenfant aime d'autant mieux sa mère que le travail a été plus pénible, on doit cependant convenir que l'accouchement le plus prompt n'est pas toujours le meilleur, et qu'il ne faut pas s'effrayer d'une certaine lenteur dans le travail. M. Pacoud (2) cite une femme dont le travail dura 8 jours, et qui n'en accoucha pas moins d'un enfant vivant.

Le *temps* et la *patience* sont ici le grand remède; mais c'est une triste ressource pour un être qui souffre, et l'accoucheur doit s'attendre aux sollicitations les plus multipliées, aux instances de tous les assistans. Il est d'ailleurs des cas où le fœtus court de véritables risques. Lors, par exemple, que dans le cours d'un travail long et pénible des gaz viennent à s'échapper de la matrice comme M. Merriman (3) en indique cinq observations, on a tout lieu de craindre que l'enfant ne soit mort ou sur le point de mourir.

Tant qu'on voudra bien se contenter d'amulettes et de topiques inertes, tant qu'on ne voudra point donner de substances actives à l'intérieur, l'accoucheur peut laisser dire et faire. C'est une manière d'amuser les femmes. Quand elles voient qu'on s'occupe de leurs maux, elles les supportent avec plus de courage. S'il était forcé lui-même de prescrire quelque remède par condescendance, il devrait suivre les avis de Mauriceau, composer d'abord avec la personne souffrante, obtenir d'elle le plus de temps possible, lui promettre que si à telle heure le travail n'a pas repris son énergie, on le fera renaître. Quand l'heure convenue est arrivée, si les douleurs restent toujours faibles, on s'arrange de manière à ce que la substance dont on veut se servir ne se trouve que dans un lieu fort éloigné. On l'administre enfin, et, comme elle a besoin de deux ou trois heures

---

(1) *Bulletin de Férussac*, tome XVI, p. 118.

(2) *Compte rendu de la Maternité* de Bourg, 1827.

(3) *Synopsis on difficult parturit*, p. 57.

pour produire son effet, chacun conçoit qu'on peut gagner ainsi plus d'une demi-journée, et que les douleurs doivent rarement manquer de reprendre naturellement leur cours dans cet intervalle.

§ II. Irregularité des douleurs et des contractions utérines.

A. *Douleurs de reins.* Rien ne tourmente, n'agace les femmes et ne prolonge le travail comme les douleurs de reins. Aristote (1) dit déjà que si les douleurs portent vers les reins, l'accouchement devient laborieux, et tous les praticiens savent combien elles rendent quelquefois le travail pénible. Chacun en a donné l'explication à sa manière. Leur cause n'en est pas moins encore à peu près inconnue. Mauriceau (2) les attribue au tiraillement des ligamens utérins. Dionis (3) en charg le seul ligament rond. W. Kintisch (4), veut au contraire qu'elles tiennent à l'écartement des symphyses par la tête de l'enfant; tandis que Millot (5) les rapporte aux contractions de son prétendu muscle transverse de la matrice. Aucune de ces hypothèses ne résiste à un examen sérieux. Il me semble que les douleurs de reins trouvent leur source dans le sommet de la matrice, surtout, et aux environs du col, qu'elles s'expliquent par un excès de sensibilité ou d'irritabilité dans ces parties et par l'inégalité de contraction qui doit en résulter. Les femmes qui les éprouvent se tournent, s'agitent, ne peuvent rester en place. Pendant la contraction elles refusent de pousser et semblent tout faire pour retenir l'action de l'utérus et des muscles

---

(1) *Hist. nat. des animaux*, tome Ier, p. 445.

(2) *Malad. des femmes grosses.*, p. 111.

(3) *Traité gén. des accouch.*, p. 149.

(4) *Lettres* à Baudelocque, etc., Paris, 1800.

(5) *Supplément à tous les traités d'accouch.* etc., tome Ier, p. 405.

abdominaux qu'elles redoutent à l'excès. Du reste, c'est dans la première moitié du travail qu'elles se montrent, qu'elles sont surtout insupportables. On les observe plus souvent dans les présentations du pelvis et les positions vicieuses que dans celles du vertex. Lorsque le col est complètement dilaté et que la tête avance fortement dans le détroit, elles font presque toujours place à des douleurs plus franches. La descente du crâne dans l'excavation les fait à peu près constamment cesser.

L'art ne possède aucun moyen efficace à leur opposer. La saignée, les bains, les narcotiques, les anti-spasmodiques, soit à l'intérieur, soit sur le col, comme il sera dit tout-à-l'heure sont loin de les calmer le plus souvent et ne doivent être employés que s'ils se trouvent réclamés par quelqu'indication spéciale. C'est encore de la patience, de la résignation qu'il faut inspirer en pareil cas. Un drap plié en large cravate ou en alèze, et passé sous les lombes, soulage un peu la femme au lieu d'augmenter le mal comme le croit St.-Germain (1), si deux personnes, placées, une de chaque côté, s'en servent convenablement pour la soulever ou la soutenir à chaque douleur. Il en est quelquefois de même du point d'appui qu'on prête à ses genoux pliés, en les embrassant avec la main ou l'avant bras. Une douce pression sur l'hypogastre est également à essayer chez quelques-unes; mais en général il n'y a que les progrès du travail qui puissent triompher des douleurs de reins.

B. Le travail se ralentit dans certains cas, parce que les *contractions* sont *difficiles*, trop *douloureuses*, *inégales* ou *partielles*.

On conçoit que les fibres utérines, gorgées de sang, comme engourdies, ne puissent plus revenir sur elles-mêmes avec toute l'énergie convenable. Les femmes fortes, robustes, sanguines, bien musclées, sont les plus sujettes à

(1) *Eschole des sages femmes*, etc., p. 292.

cet état, qu'on reconnaît au malaise général, à la pesanteur, à l'embarras qui se font ressentir dans l'hypogastre et le bassin, à la coloration franche de la peau, et surtout au pouls, qui est ou grand et large, ou serré, petit et dur. Alors la saignée du bras réussit souvent à redonner aux douleurs toute l'acuité nécessaire.

Le second cas, celui des contractions trop douloureuses, se rencontre seul ou en même temps que le premier. Comme il a pour cause une sensibilité exaltée, soit accidentelle, soit naturelle, de l'organisme en totalité ou des organes génitaux en particulier, il convient, après la saignée si on l'a jugée utile, d'avoir recours aux bains, aux anodins les plus doux, et même quelquefois aux préparations thébaïques.

Le troisième cas est beaucoup plus fréquent que ne le pensent la plupart des praticiens. L'ouvrage de Wigand, qui jouit d'une certaine estime dans le nord, prouve que les contractions partielles de l'utérus ont fixé l'attention des accoucheurs allemands d'une manière toute spéciale. Parmi nous, il n'y a guère que madame Boivin qui en parle. MM. Burns et Dewees en traitent un peu plus au long. Tantôt c'est le fond de la matrice qui se resserre ainsi spasmodiquement, pendant que le reste de l'organe se contracte à peine. Tantôt, au contraire, c'est un de ses angles, un point de sa paroi antérieure, de sa paroi postérieure ou de ses côtés qui agit. Les douleurs ne sont pas moins aiguës que si la contration était générale, sont même, parfois, beaucoup plus vives ; mais elles ont lieu presqu'en pure perte, ou du moins, sont loin d'avoir autant d'influence sur les progrès du travail que les contractions régulières. En appliquant la main sur l'hypogastre, on sent, si les parois du ventre n'ont pas trop d'épaisseur, que l'ovoïde utérin n'est pas régulier, qu'il y a des bosselures, des inégalités, qu'il est comme ficelé sur le fœtus. Ces contractions spasmodiques décrites avec quelque soin par Denman (1) forment le téta-

---

(1) *Introd. à la pratiq*, etc., tome II, p. 35 et 97.

nos utérin de Wigand (1) quand elles sont fixes, ou qu'elles comprennent tout l'organe à la fois.

Lorsque l'état général du sujet ne s'y oppose pas, c'est encore à la saignée qu'il faut avoir recours, puis aux bains, puis aux anodins simples, aux antispasmodiques diffusibles, aux opiacés, etc. Je me sers avec succès, par exemple, d'une potion ainsi composée : Eau de laitue et de coquelicot ℥ iv, eau de fleurs d'oranger ou de menthe ʒ j., sirop d'œillet ou de pavot blanc ℥ j ; ou bien sirop de guimauve ℥ j, avec extrait d'opium gr. j, ou laudanum, gttes depuis v jusqu'à x, Assez souvent aussi de simples frictions long-temps continuées sur l'abdomen suffisent. On les pratique tantôt avec la main seule, tantôt avec une flanelle sèche et chaude, ou imbibée d'huile de camomille, d'alcool camphrés, ou d'eau de Cologne. Quoique la nature parvienne assez fréquemment à rétablir d'elle-même l'ordre normal, cet état n'est cependant point à négliger, d'abord parce qu'il prolonge indéfiniment le travail, ensuite parce qu'on peut le considérer comme un état morbide, ou du moins comme la preuve d'une grande prédisposition aux maladies, à l'inflammation de la matrice. Dans un cas relaté par M. Menard (2), les membres pelviens se trouvèrent comme enchatonnés avec le placenta, et il en résulta des difficultés réelles pour l'extraction de l'enfant.

C. Les *contractions spasmodiques du col* ont également été observées, et j'ai vu plusieurs fois sa dilation complètement arrêtée ou considérablement ralentie pendant des heures entières par cette irrégularité, qui réclame en général le même traitement que la précédente. MM. d'Outrepont et Riecke (3), ont même vu le col de la matrice contracté spasmodiquement pendant plusieurs heures sur la partie de l'enfant qui l'avait franchi. Quelquefois l'orifice est en même temps très sensible, sec, chaud, vivement irrité et douloureux, bien que régulier.

---

(1) *Bulletin de Férussac*, tome XIX, p. 85.

(2) *Journal compl. des Sc. méd.* etc., tome XII, p. 370.

(3) *Gazette méd.* de Paris, etc., 1830.

Belladone. Un moyen précieux en semblable occurrence, et bien plus efficace que les bains de siége, les injections émollientes, mucilagineuses, que les onctions de toute espèce, est la belladone déjà vantée par Evers (1), et qui vient d'être proscrite ainsi que l'opium en Allemagne dans un ouvrage d'ailleurs recommandable. Qu'on se garde bien d'employer les extraits narcotiques, dit M. Kilian (2). Ils aident, il est vrai, à la dilatation, mais, empêchant le col de revenir sur lui-même, ils occasionent des pertes terribles. La pommade de belladone, proposée par Chaussier ou M. Conquest, a été mise en usage un grand nombre de fois à la Maison d'accouchemens de Paris par madame Lachapelle. Son emploi n'entraîne en réalité aucun inconvénient, et ne réclame l'intervention ni du spéculum, ni de l'espèce de seringue, de piston imaginé par Chaussier. Quand j'en ai besoin, je fais triturer un gros de suc ou d'extrait de belladone avec une once de cérat ou d'axonge. J'introduis aisément avec les doigts gros comme une aveline de cette pommade, soit à nu, soit à l'aide d'une boulette de charpie, jusqu'au col, qui en est bientôt graissé dans toute sa circonférence. La belladone agit ici comme sur l'iris, quand on l'applique entre les paupières quelques heures avant de pratiquer l'opératian de la cataracte, et souvent avec une promptitude vraiment surprenante.

Au printemps de 1825, une jeune dame, bien constituée, est prise pour la première fois des douleurs de l'enfantement le soir à cinq heures. Le travail marche régulièrement toute la nuit. Le lendemain matin, à six heures, le col est large comme une pièce de trois livres, au moins. Dès-lors la dilatation se fait avec lenteur, quoique la force des douleurs ne diminue pas. On ouvre la veine du bras. L'agitation ne fait qu'augmenter, et l'orifice reste à peu près dans le même état. M. Ribail, qui soignait la femme, la fit venir à l'hôpital de la Faculté, où je la vis à six heures et demie du soir. Le col était

---

(1) *Bibl. de chirurg.* du Nord, tome I[er], p. 118.

(2) Kilian, *die operative Geburtshülfe*, etc., p. 249.

un peu moins large qu'une pièce de cinq francs et formait un cercle mince, comme tranchant, chaud, extrêmement sensible. Les douleurs s'étaient maintenues. On appliqua la pommade à sept heures, et huit heures n'étaient pas encore sonnées que l'accouchement était déjà terminé.

Tout concluant que fût ce résultat, il me parut difficile néanmoins de le rapporter en entier à l'action de la pommade; depuis lors, j'en ai fait usage dans sept cas différens, et dans six, l'effet a été, sinon tout-à-fait aussi prompt, du moins également incontestable. MM. Mandt (1), Blackett (2), Ricker (3), etc., ont d'ailleurs obtenu des résultats semblables. Peut-être le cérat d'opium produirait-il les mêmes effets, mais je n'ai point eu l'occasion de l'essayer.

L'opium, soit en extrait, soit en teinture, vanté outre mesure par quelques praticiens anglais, à titre de moyen oxytocique, pourrait bien en effet jouir d'une grande efficacité dans les divers cas de contraction irrégulière de l'utérus. M. Levacher, qui en a vu faire un fréquent usage à Sainte-Lucie, m'en a raconté des merveilles, et dit avoir obtenu lui-même des effets surprenans de l'emploi de laudanum. Il en a porté la dose jusqu'à deux cents gouttes dans l'espace de quelques heures, et le croit plus sûr que le seigle ergoté. Aucun narcotisme ne survient alors, et l'action de l'opium semble se fixer en entier sur la matrice, dont les contractions ne tardent pas à se régulariser.

Je doute cependant qu'il convienne dans l'inertie proprement dite et qu'on puisse réellement le comparer au seigle ergoté.

§ III. Poche des eaux.

J'ai dit ailleurs de quelle manière la rupture prématurée et l'intégrité trop long-temps maintenue de la poche des eaux pouvaient ralentir le travail ou le rendre fâcheux. Une dame

---

(1) *Bulletin de Férussac*, tome VI, p. 341.

(2) *Gazette méd.* de Paris, etc., 1830, n° 2.

(3) *Rev. méd.* 1833, tome Ier, p. 298.

observée par mademoiselle Laugel, sage-femme en chef de la clinique de Strasbourg, en était à son sixième avortement par suite de la ténuité des membranes. M. Deubel (1) examinant l'arrière faix du dernier produit, put constater le peu d'épaisseur et de solidité des enveloppes fœtales. Dans ce cas, déjà noté par Moschion (2), on doit tout faire pour favoriser la dilatation de l'orifice sans augmenter l'énergie des contractions utérines; car il importe de soustraire le fœtus le plus promptement possible à la pression qu'il éprouve. Pour remplir cette indication, il me paraît convenable de faire marcher la femme, d'humecter les parties d'une manière quelconque, et surtout d'avoir recours à la pommade dont je parlais tout-à-l'heure.

Travail à sec. Quoiqu'il ne soit pas exact de dire avec M. Merriman (3), que le travail est d'autant plus sûr que la poche se rompt plus tôt, il est bon de remarquer cependant que, malgré la rupture prématurée des membranes, l'amnios ne se vide presque jamais en entier avant le passage de la tête. La sécheresse du vagin ou du col, qu'on attribue généralement à cette rupture dépend d'une toute autre cause. C'est à l'irritation, à l'absence de mucosités, de secrétion dans les organes sexuels, qu'il faut la rapporter. En conséquence, les antiphlogistiques, les émolliens, en sont, ainsi que l'établit M. d'Outrepont (4), et qu'Hippocrate (5) le prescrit déjà, la médication principale.

C'est à tort qu'on redoute la sortie prématurée des eaux pendant le travail, dit Puzos (6) « Ceux qui ont un peu pratiqué, ne donnent point dans un tel préjugé. » M. Meissner, qui admet que l'eau manque parfois dans l'œuf, dit

---

(1) *Thèse*, Strasbourg, 1834, p. 37.

(2) Spach, *Gynæcior. de morb. mul.*, etc., p. 19, 50.

(3) *Synopsis on difficult parturit.* etc., p. 10.

(4) *Bulletin de Férussac*, tome XXII, p. 92.

(5) V. Swiéten, *Aphoris. de chir.*, c. 7, p. 258.

(6) *Traité des accouch.* etc., in-4°, p. 115.

que, dans un cas relaté par Mende (1), il n'y en avait pas une once, ce qui n'empêcha pas l'accouchement d'être prompt et facile. Chez une autre femme observée par Hobnbaum (2) on n'en trouva pas une goutte et le travail ne dura qu'une heure.

Quand le sommet de l'œuf tarde trop à se rompre, il faut le déchirer. Pour être pratiquée sans inconvénient, cette petite opération exige la réunion des conditions suivantes : 1° que la dilatation soit au moins très avancée ; 2° que l'enfant soit en bonne position ; 3° qu'il n'y ait point d'autre obstacle à l'accouchement.

Si le col n'était pas largement dilaté, on s'exposerait aux inconvéniens attachés à la déchirure anticipée des membranes. Si la matrice ne se contractait plus ou ne se contractait qu'avec lenteur, on pourrait, dit-on, faire naître l'inertie complète et toutes ses suites. Si le fœtus était mal placé, on augmenterait les dangers de la présentation. L'application des ressources de l'art serait beaucoup moins favorable si elle devenait nécessaire. Bien entendu, toutefois, que ces règles générales ne sont point à l'abri des exceptions. Par exemple, si le fluide renfermé dans l'amnios est en surabondance, on peut lui donner issue, quoique l'ouverture du col soit encore peu considérable. M. Ritgen (3) soutient même que c'est un moyen à employer pour hâter le travail quand il tarde trop à se déclarer ou quand la grossesse semble dépasser son terme ordinaire. Il est certain, en effet, qu'on réussit de cette façon à provoquer l'accouchement et que c'est une puissante ressource contre l'inertie utérine, au lieu d'en être la cause. Des faits recueillis à l'amphithéâtre de Maygrier par M. Clément (4), et des observations qui me sont propres plaident fortement en faveur d'une pareille doctrine.

L'*Hydramnios*, porté assez loin pour engourdir, affaiblir

---

(1) Meissner, *Art des accouch.* au 19e siècle, p. 49, Ier, vol.

(2) *Ibid.* p. 21, Ier.

(3) *Bulletin de Férussac*, etc., tome XVI, p. 285.

(4) *Thèse*, n° 89, Paris 1829.

l'action utérine, trouverait là son remède le plus efficace. Qu'il résulte d'une inflammation des membranes, comme le veut Mercier (1), d'une maladie du fœtus, comme le croit M. Lee (2), d'une altération de l'utérus, comme dans le cas de M. Ingleby (3), ou d'une disposition de la femme aux hémorrhagies, comme semble l'admettre M. Epps (4), toujours est-il qu'il favorise singulièrement l'inertie de la matrice, et qu'à en juger par les observations qui en ont été rapportées, par celles de Mercier, de M. Duclos (5), de M. Moreau (6), c'est un accident à ne pas négliger.

Il faut agir de même quand la position de l'enfant n'est pas fixe, quand on voit les hanches, l'épaule, la tête ou toute autre partie se présenter tour-à-tour au centre du détroit. Dans ce cas, on choisit le moment où la tête est bien placée pour rompre la poche, parce que cette rupture, abandonnée à la nature, pourrait tout aussi bien se faire lorsque la position est désavantageuse que quand elle est le plus favorable. Si la poche des eaux ne conserve pas la forme d'un segment de sphère, est très allongée ou pyriforme, sa présence n'étant d'aucun secours pour le progrès de la dilatation, il faut la rompre sans trop faire attention au degré d'ouverture de l'orifice. On se conduit d'après les mêmes principes, eu égard à la force des douleurs. Leur absence ne doit pas toujours arrêter; car la déchirure des membranes est souvent le meilleur et quelquefois même l'unique moyen de les rappeler.

Pour effectuer cette rupture, il existe mille procédés divers : la pointe d'une lancette (7), de petits ciseaux, un

---

(1) *Bibl. méd.* tome XXVI et XXIX, p. 101 et 182.

(2) *Diseases of Women*, etc., p. 28.

(3) Lond. *Gazette*, p. 2, n° 160.

(4) *The Lancet*, 1829, vol. II, p. 740.

(5) *Bulletin de la Faculté*, tome VI, p. 215.

(6) *Bibl. méd.* 1828, tome III, p. 145.

(7) Smellie, *de la théorie et de la pratiq.* etc., tome I, p. 29

canif, une aiguille à tricoter, une aiguille à coudre, une épingle, dirigée par la pulpe de l'indicateur, ont bien des fois suffi et peuvent être effectivement employés avec avantage ; car il faudrait être bien inattentif, pour blesser gravement le fœtus ou la mère avec l'un ou l'autre de ces corps. Cependant, on procède généralement aujourd'hui d'une autre manière. A l'instar de Rhazès (1), de Smellie (2), de Levret (3), on gratte la saillie de l'œuf avec l'ongle, pendant qu'elle est le plus fortement tendue. M. Busch (4), qui défend d'agir ainsi croit-il s'exposer à moins de dangers avec l'espèce de ciseaux courbes qu'il semble préférer à l'imitation de Siebold en pareil cas ? D'autres cherchent à le déchirer avec l'extrémité du doigt en déprimant brusquement la tumeur du sommet vers la base. Si la première tentative ne réussit pas, on en fait une seconde, une troisième, toujours dans le fort de la douleur. On peut aussi, et ce moyen est le plus sûr, pincer solidement un repli des membranes pendant l'état de relâchement, et de telle sorte que la première contraction ne manque pas de les déchirer en essayant de reproduire la poche.

Après avoir ainsi pincé les membranes, Barbaut (5) avait soin de les gratter contre le pouce avec l'ongle de l'index pour les rompre et les user encore plus vite. Cependant, comme c'est, ainsi qu'on le sait depuis Aetius (6), et que M. Clément (7) l'a soutenu récemment, à la rigidité, à l'épaisseur, soit naturelle, soit morbide des membranes que tient souvent la persistance de la poche amniotique, on est parfois obligé de la perforer avec un instrument tranchant.

---

(1) Smellie, *Traité de la théorie et de la pratiq.* etc., t. I[er], p. 39.

(2) *Ibid.* p. 226.

(3) *Art des accouch.* etc., 3[e] édit. p. 100.

(4) *Leherbuch der Geburtskunde*, etc., p. 533, § 871.

(5) *Cours d'accouch.* etc., tome I, p. 281.

(6) Smellie, tome I[er] p. 23.

(7) *Thèse* citée, etc., Paris 1829.

Lorsque les membranes se sont rompues spontanément, très haut, au-dessus du col, et que la tumeur qui s'était engagée dans le vagin ne disparaît pas, qu'elle semble gêner la marche des phénomènes naturels du travail, on doit assez souvent en pratiquer la perforation comme si la nature ne l'avait point encore opérée. Enfin, lorsque le sac membraneux ne permet la sortie du liquide amniotique qu'assez longtemps après la dilatation de l'orifice, il est d'observation qu'alors le reste du travail marche avec une très grande célérité. Il convient donc en pareil cas d'obliger la femme à garder la position horizontale à dater de cette rupture.

§ IV. Fausses eaux.

Du reste, il ne faudrait pas s'en laisser imposer au début du travail par ce qu'on appelle des fausses eaux. La sortie de ce liquide étranger, qui a lieu plus souvent dans le cours de la grossesse qu'au moment de l'accouchement, qui explique certains exemples de faux travail, ne paraît pas tenir en effet à la rupture anticipée du sommet de l'œuf. Peu (1), qui s'élève avec force contre les matrones, parce qu'elles admettent deux espèces d'eaux, les premières et les secondes, n'a pas remarqué sans doute que ces femmes trouvent leur justification dans les fausses eaux indiquées par Levret (2) lui-même. Mauriceau (3) dit que certaines femmes en rendent troi ou quatre pintes plusieurs mois avant d'accoucher, et, bien que révoquée en doute par madame Lachapelle, leur existence n'est plus contestée que par un petit nombre de personnes aujourd'hui.

On n'a point encore pu en déterminer le siége précis. Dépendent-elles, 1° d'un vaisseau lymphatique ou d'une hydatide

(1) *Pratiq. des accouch.* p. 25.

(2) *Art des accouch.* etc., p. 57.

(3) *Maladies des femmes grosses.* p. 150.

rompus, comme le présument Rœderer (1) et Denman (2); 2° d'une transsudation de l'amnios, comme le veulent Baudelocque et Ortlob (3); 3° d'une fissure, d'une éraillure des membranes, comme beaucoup de médecins l'ont cru; 4° d'une accumulation de liquide entre le chorion et l'amnios, comme l'admettent Osiander, madame Boivin (4), etc.; 5° d'une hydropisie de la membrane caduque, comme quelques auteurs paraissent l'avoir pensé; ou bien 6° ne sont-elles que le simple résultat d'un véritable hydromètre, comme cherche à l'établir M. Geil (5), d'après M. Nægèle (6). Il serait difficile de dire jusqu'à quel point ces diverses suppositions peuvent être fondées; car, quoiqu'en dise M. Geil (7), on conçoit que les fausses eaux puissent se rattacher tantôt à l'une, tantôt à l'autre d'entre elles. Mais je suis porté à soutenir, d'après ce que j'ai pu voir moi-même, qu'elles appartiennent surtout à l'hydromètre et à l'hydropisie du chorion, quand on ne peut pas les expliquer par l'éraillure des membranes.

§ V. Inaction de l'utérus.

Une dernière cause qui fait que l'accouchement traîne en longueur, est la faiblesse, soit absolue, soit relative, des contractions utérines. C'est presque toujours cette cause que les auteurs de remèdes oxytociques ont en vue. Cependant elle est loin d'être la plus commune, et, comme les moyens propres à la détruire sont le plus souvent nuisibles dans les autres cas, il devient facile d'expliquer la discordance qu'on

---

(1) *Art des accouch.* etc., trad. fr., § 191.

(2) *Introd. à la pratiq.* etc., tome I, p. 134.

(3) Geil, *de hydrorœa uter. gravid. heidelb.* 1822, in 8°.

(4) *Maladies de l'utérus*, etc., tome I, p. 254.

(5) Oper. citat. etc.

(6) *Journal compl. des Sc. méd.* etc, tome XVI, p. 28 [illegible]

(7) *Lond. med. Journal*, 1830, mai, p. 521.

rencontre dans les ouvrages, sur les effets des substances employées pour accélérer la parturition.

Quand l'inaction de la matrice est évidente et ne tient ni à la fatigue générale, ni à la fatigue locale, quelle seule empêche l'accouchement de marcher, et que les soins et le régime dont j'ai parlé au commencement de cet article ont été vainement tentés, quand elle augmente surtout au lieu de diminuer à mesure que les heures s'écoulent, on peut, après avoir imité Puzos (1), qui, lorsque le travail traîne en longueur, conseille de soulever la tête du fœtus dans l'intervalle des douleurs pour faire écouler les eaux; on peut, dis-je, essayer les substances qui paraissent avoir une action spéciale sur l'organe gestateur. C'est alors que les demi-lavemens de séné sont indiqués; que les excitans en général ont pu être suivis de quelque succès; que le borate de soude, préconisé par les anciens, par Homberg entre autres, apporté comme un secret d'Italie du temps de De La Motte (2), et reproduit de nos jours par MM. Lobstein, l'Offler, Hufeland (3), pourrait être administré, en ne perdant point de vue que, même alors, l'accouchement se termine souvent pendant qu'on cherche ou qu'on va chercher le remède, comme De La Motte (4), qui préfère la main à tous les remèdes, dont il se moque, en cite déjà une observation curieuse. L'électro-puncture, employée deux fois avec succès par M. Sarlandière (5), pourrait également être tentée avant de songer au forceps, que M. Dupont (6), de Lille, a le courage de vanter en pareil cas, après l'avoir essayé sur cinq femmes, dont deux sont mortes, et dont deux autres ont éprouvé des accidens. Il en serait de même

---

(1) *Traité des accouch.* in-4°, p. 119.

(2) *Traité complet des accouch.* etc., in-4°, p. 309.

(3) Meissner, *Art des accouch.* au 19e siècle, etc., p. 171.

(4) Oper. citat., p. 307.

(5) Basset, *thèse*, n° 203, Paris 1825.

(6) *Bulletin de la Soc. méd. d'Émulat.* p. 94.

du galvanisme, conseillé par M. Herders (1). Mais on connaît actuellement deux moyens qui paraissent mériter la préférence sur tous les autres, et dont je vais parler avec plus de détails. Il s'agit du seigle cornu et de la compression abdominale.

§ VI. Du seigle ergoté.

Historique. Le seigle ergoté semble avoir été mis en usage de temps immémorial, par les commères et les sages-femmes de campagne, pour hâter l'accouchement. Il en est déjà fait mention dans les *Actes des Curieux de la Nature* pour 1668, par Camerarius (2), et le nom de seigle de matrice, de Rockenmutter (3), de Mutterkorn (4), adopté par les Allemands, annonce assez qu'une pareille idée n'était pas nouvelle. Ces traditions vulgaires ont enfin fixé l'attention des gens de l'art. Desgranges (5) publia ses premières recherches dans la *Gazette de santé* pour l'année 1777. Déjà vanté, en 1787, par Pawlisky (6) et par un empyrique nouvellement arrivé des Pays-Bas, le seigle ergoté, connu alors sous le nom de *pulvis ad partum*, n'avait d'action, au dire de ces praticiens et des sages-femmes qui l'employaient aussi depuis long-temps, que s'il était récent. Depuis cette époque, de nombreuses observations ont été recueillies et consignées dans les journaux américains, anglais et français. MM. Stearns, Prescot (7),

---

(1) Meissner, oper. citat., p. 175.

(2) Art. 6, obs. 82.

(3) Lapre, *thèse*, n° 18, Paris 1828.

(4) Doumerc, *thèse*, n° 122, Paris 1830.

(5) Voyez *Bulletin de la Faculté*, tome VI, p. 25.

(6) Baldingers, *neus magazin*, tome IX, cah. 1, p. 44, et *Lancette fr.* tome VIII, p. 164.—*Soc. d'Émulat.* séance du 19 mars 1834.

(7) *Med. and. phys. Journal*, vol. § 2, p. 90.

Chapman (1), Bordot (2), Goupil (3), Chevreul (4), Gendrin (5), Bigeschi (6), Villeneuve (7), ont rassemblé une infinité de faits qui prouvent d'une manière décisive que l'ergot du seigle est capable de rappeler les contractions de la matrice pendant le travail. Dittemer (8) indique déjà ses propriétés obstétricales. Parmentier (9) dit que les dames Dupille de Chaumont en faisaient un fréquent usage. Il en était de même d'une garde-malade, dont parle Desgranges (10) et la dame Vielmi (11), qui l'avait apris d'une sage femme, morte depuis long-temps, l'employait avant qu'il n'en fut question parmi nous.

Desormeaux (12) et Gardien (13) ne paraissent pas cependant lui accorder une grande confiance, et madame Lachapelle (14) a publié une longue série d'expériences desquelles il résulterait qu'il ne jouit d'aucune propriété sous ce rapport, soit qu'on le donne en poudre fine ou grossière, en infusion, en décoction, en extrait ou en sirop. Beaucoup de reproches lui ont d'ailleurs été adressés. M. Capuron (15), qui s'en est déclaré l'antagoniste absolu, en nie tous les avantages et le croit complètement inutile. M. Jackson (16) n'en a pas com-

---

(1) *Therap. and mater. med.* etc. 1817.

(2) *Journal univ.* tome XXXXII, p. 44.

(3) *Bibl. méd.* 1826, tome III, p. 55.

(4) *Précis de l'art des accouch.*, p. 97.

(5) *Journal de méd.* etc., tome CIV, p. 312.

(6) *Bulletin de Férussac*, tome VII, p. 165.

(7) *Du seigle ergoté*, etc., in-8°, p. 1827.

(8) Bardoulat, *thèse*, n° 264, Paris 1830.

(9) *Journal de phys.*, août 1774.

(10) Huchedé, *thèse*, Strasb. 22 avril 1823.

(11) Balardini, *Rev. méd.* 1826, tome II, p. 497.

(12) *Dict. de méd.* tome I, p. 224.

(13) *Traité d'accouch.* etc., tome II, p. 253, 3e édit.

(14) *Pratiq. des accouch.* tome III, p. 293.

(15) *Transact. méd.* tome VII, p. 77.

(16) *Amer. Journal*, février 1829, p. 363.

battu l'emploi avec moins d'ardeur en Amérique, et l'Angleterre a vu de son côté M. Hall le repousser avec force. Le fait est qu'on en abuse étrangement, et que nombre des succès qu'on lui attribue appartiennent à de simples coïncidences. Mais cela ne dit rien contre son efficacité. Le mémoire de M. Chevreul (1), celui de M. H. Davies (2), ceux de M. Roux (3), de M. Michell (4), de M. Wiggers (5), de M. Roche (6), la thèse de M. Malartic (7), qui en a obtenu vingt et un succès sur trente-deux essais; celle de M. Godquin (8), qui s'en est servi quarante-deux fois avec avantage; les observations nombreuses de M. Kimbell (9) ne laissent aucun doute sur ce point. M. Voillot (10) rapporte aussi trois exemples, M. Campaignac (11), cinq; M. Merry (12), cinq; MM. Toyl (13) et Latham (14), chacun un; M. P. Guersent (15), cinq; M. Blondin (16), trois; MM. Morin et Painchaud (17), trois; M. Doumerc (18), quatre; M. Malapert (19), trois; M. Lefrançois (20), trois, en faveur de son action obstétricale que M. Schneider (21) appuie de cent observations.

---

(1) *Revue méd.* 1827, tome I, p. 170.
(2) *Ibid.* 1825, tome IV, p. 307.
(3) *Journal hebd.* tome VII, p. 496, ou *Rev. méd.* 1829, t. III, p. 140
(4) *Amer. Journal*, février 1829, p. 390.
(5) *Gaz. méd.* 8° tome III, p. 198.
(6) *Journal hebdom univ.* tome V, p. 140.
(7) n° 298, Paris 1831.
(8) n° 244, Paris 1832.
(9) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 781.
(10) *Bibl. med.* tome II, p. 251.
(11) *Répert. méd.* 1831.
(12) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 300.
(13) *Ibid.* p. 730.
(14) *Ibid.* p. 462.
(15) *Lancette fr.* tome I, p. 90, tome IV, p. 6.
(16) *Ibid.* tome V, p. 43.
(17) *Journal* de Quebec, 1826.
(18) *Thèse*, n° 122, Paris 1830.
(19) *Thèse*, n° 71, Paris 1831.
(20) *Thèse*, n° 89, Paris 1831.
(21) Siebold, *journ. F. Geburtshulfe*, etc., vol. II.

En accordant que quelques-uns de ces faits ne soient pas très concluans, deux de M. Voillot, deux de M. Roux et de M. Bardoulat entre autres, il n'en est pas moins difficile de résister à une pareille masse de preuves, d'autant mieux qu'on peut encore y ajouter les quelques essais de MM. Bardoulat (1), Luroth (2), Threlfull (3), Blundell (4), Boards (5), Sewell (6), R. Smith (7), Bradfield (8), Lobstein (9), Bonfils (10), Hohl (11), Brunati (12), Ryan (13), et la pratique journalière d'une foule de médecins.

Je l'ai employé moi-même maintenant plus de trente fois. M. Delanglar, M. Terreux, M. Gorse et une foule d'autres praticiens y ont eu recours plusieurs fois à ma sollicitation. Dans tous ces cas, son action m'a paru évidente, incontestable. C'est au bout de quelques minutes, d'un quart-d'heure, de vingt minutes au plus tard, qu'il force l'utérus à se contracter. Chez une jeune dame, qui était en travail depuis vingt-quatre heures, j'en ai donné trois doses dans l'espace de quarante minutes. Cinq minutes après la première, les douleurs, très faibles et très lentes depuis plusieurs heures, devinrent tout-à-coup fortes et rapprochées, mais ne tardèrent pas à se ralentir de nouveau. La deuxième les rappela de la même manière. Elles diminuèrent une seconde fois, et c'est

---

(1) *Thèse*, n° 264, Paris 1830.

(2) *Gaz. méd.* 8°, tome II, p. 151.

(3) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 538.

(4) *Ibid.* p. 612.

(5) *Ibid.* vol. II, p 537.

(6) *Ibid.* 1829, vol. II, p. 10.

(7) *Ibid.* p. 26.

(8) *Ibid.* p. 88.

(9) Huchedé, *thèse*, Strasb. avril 1823.

(10) *Ibid.*

(11) *Annal. univ.*, *di Milan*, etc., septembre 1833.

(12) *Bulletin de Férussac*, tome XXIV, p. 200.

(13) *Manual of midwif.* p. 194.

après la troisième dose seulement qu'elles se maintinrent jusqu'à l'expulsion complète du fœtus, qui ne se fit pas long-temps attendre. C'est ainsi qu'il agit presque constamment.

Doses et administration. Je le prescris à la quantité de quinze ou vingt grains dans une cuillerée ou un demi-verre d'eau sucrée, et je renouvelle cette dose deux ou trois fois, à dix ou quinze minutes d'intervalle. Souvent aussi je fais mettre un gros d'ergot dans quatre onces d'infusion de tilleul et de menthe avec une once de sirop d'écorce d'orange ou de gomme, qu'on donne par cuillerée toutes les dix minutes. Peut-être serait-il permis d'en donner davantage sans inconvénient. Parmentier en a pris un demi-gros, M. Cordier jusqu'à deux gros. MM. Lapre et Campernon en ont avalé un gros, un gros et demi, pendant plusieurs jours, sans en éprouver d'accidens sensibles. Il faudrait donc, pour faire craindre l'ergotisme, en continuer long-temps l'usage et à des doses considérables.

M. Lalesque (1), rapporte même l'observation d'une femme qui en a pris la décoction de dix onces en vingt jours, et celle d'une autre qui en usa huit onces dans l'espace d'un mois, sans qu'il en soit rien résulté de fâcheux. M. Lannyon (2) dit aussi qu'on peut en donner une quantité considérable sans inconvénient, et M. Young (3) soutient qu'à moins d'un gros il produit rarement de bons effets. A ce sujet, il faut savoir, toutefois, que le jugement est difficile à porter. Tant de circonstances peuvent altérer l'action de l'ergot, qu'on sait rarement si celui qui a été employé jouissait de toutes ses propriétés.

Les chimistes ne tarderont pas, il faut l'espérer, à séparer de cette substance le principe essentiellement actif. Déjà Desgranges et M. Lapre ont observé que quatre à cinq grains de l'écorce produisent plus d'effet que douze à quinze grains de la graine. Des expériences comparatives faites par

---

(1) *Journal hebdom. univ.* tome XII, p. 245.

(2) *The Lancet,* 1829, vol. II, p. 56 et 550.

(3) *Trans. méd. chir.* d'Edimbourg, vol. III, p. 570.

MM. Betscher et Kluge (1) tendent à prouver que celui qu'on recueille dans les champs est infiniment plus actif que celui qui est pris dans la grange, et M. Blundell (2) croit d'après M. South que son principe actif est un alcoloïde. Je ne doute pas que d'ici à peu de temps on n'ait trouvé une préparation dont l'énergie soit constamment la même. En attendant, la poudre fine de tout l'ergot me paraît préférable aux décoctions, aux extraits, pourvu qu'elle soit récente et tirée de grains bien complets et bien conservés. On conçoit, au surplus, à combien d'opinions diverses il peut donner lieu sur son énergie et ses propriétés, quand celui qu'on emploie se trouve altéré.

M. Balardini (3) et M. Roux le donnent dans du vin. Maygrier (4) en fait prendre huit grains dans de l'eau, tous les quart-d'heure. Il paraît même que M. Girard (5) a essayé de l'injecter par les veines chez une vache.

Appréciation. S'il est encore quelques personnes qui en contestent l'efficacité, il en est un bien plus grand nombre qui redoutent l'énergie de l'ergot. Les uns le regardent comme un abortif dangereux. M. Oslère (6), par exemple, dit qu'il fait avorter non seulement les femmes, mais aussi les brutes. M. Thomson (7) le repousse pour le même motif. Il en est de même de Duchâteau (8) qui ne l'employait que pour hâter la délivrance, ou pour suspendre les pertes. En faveur de son action sur le système utérin, M. Maurice (9) invoque l'observation des pou-

---

(1) *Archiv. gén.* 2e sér. tome I, p. 283.

(2) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 612.

(3) *Rev. méd.* 1826, tome II, p. 497.

(4) Malapert, *thèse*, n° 71, Paris 1831.

(5) Bardoulat, *thèse*, n° 264, Paris 1830.

(6) *Clin. des hôpitaux*, tome I, p. 264.

(7) *The Lancet*, 1829, vol. II, p. 365.

(8) *Journal compl.* tome XXIX, p. 353.

(9) *Thèse*, n° 49, Paris 1831.

les de Sologne qui pondent peu par suite de ses effets sur l'oviducte. il en serait de même de l'ergot du maïs qui, d'après M. Roulin (1) fait, que les poules donnent des œufs dépourvus de coque. Bien que ses vertus abortives ne soient rien moins que démontrées jusqu'ici, il est prudent, néanmoins, d'en éviter l'usage hors le temps du travail chez les femmes enceintes. Les dix onces employées en vingt jours par M. Lalesque chez une femme dont la grossesse a continué son cours ne prouvent rien, parce qu'il ne s'agit que de la décoction et non de la poudre, puis, parce qu'on ne sait pas si dans ce cas l'ergot n'était point avarié.

D'autres praticiens ont cru qu'il pouvait nuire à la femme, fatiguer les organes digestifs, amener l'ergotisme et la gangrène. Un exemple de ce dernier accident a même été publié par M. Robert de Langres (2), mais il est facile de voir qu'ici la gangrène n'avait aucun rapport avec l'emploi du seigle. Les recherches de M. Courhaut (3), de M. Neale (4), et ce qui se passe journellement en Sologne, prouve qu'il ne devient vénéneux au point de causer la mortification que par un usage long-temps continué, ou à très forte dose. Quelques femmes le vomissent en effet ou le supportent mal, mais il n'en résulte rien pour la suite.

On a craint qu'il ne rendît la délivrance difficile, mais M. Ingleby (5) dit qu'un praticien de sa connaissance, qui l'a essayé plus de deux cents fois, n'a rien vu qui vînt à l'appui d'une pareille idée. Nous verrons d'un autre côté que l'ergot est au contraire un excellent moyen de hâter l'expulsion du placenta.

Ses antagonistes l'ont surtout accusé de nuire à l'enfant. M. Girardin (6) dit que c'est une croyance populaire en Amé-

---

(1) *Trans. méd.* tome I, p. 420.

(2) *Gazette méd.*, 8°, tome II, p. 548.

(3) *Traité du seigle ergoté*, Châlons, 1827.

(4) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 278.

(5) *On uterin. hem*, 1832, p. 83.

(6) *Journal hebdom* tome VII, p. 496.

rique. M. Merriman (1), qui n'en a pas une très haute idée, adopte cette opinion. Il en est de même de M. Burns (2), et M. Ingleby (3) remarque que les fœtus mort-nés sont très nombreux aux États-Unis depuis qu'on fait un si fréquent usage du seigle ergoté. M. Moreau (4), qui ne l'a essayé qu'une fois en vingt ans, cite cinq exemples d'enfans morts pendant son emploi dans la pratique de quelques autres praticiens. MM. Evrat (5), Deneux (6) veulent aussi pour cette raison qu'on ne s'en serve qu'avec la plus grande circonspection.

Ce que j'ai observé me porte à partager en partie cette manière de voir. Sur quarante exemples de son administration, soit par moi, soit par quelques-uns de mes confrères, j'ai vu sept enfans mort-nés. Il est vrai que dans les cas où j'ai été appelé par MM. Leseble, Cisset, Malgaigne, la mort peut facilement être attribuée à la longueur du travail; mais, dans quelques autres, dans deux surtout, il m'a été difficile de ne pas en charger l'ergot. C'est un accident dont on a donné diverses interprétations.

M. Ch. Hall prétend que l'ergot n'agit pas directement sur la matrice; que ses qualités délétères dénaturent d'abord le sang de la mère, puis celui de l'enfant, et que, si l'utérus se contracte, c'est uniquement pour soustraire le fœtus à l'action vénéneuse du médicament. C'est une explication qui me paraît complètement dénuée de fondement. Les femmes ne présentent ordinairement aucun phénomène d'intoxication pendant les effets du seigle, et la circulation du fœtus souffre d'une toute autre manière. M. Hosack (7) et M. Houston (8) croient, au

---

(1) *Synops. on difficult parturit.*, etc, p. 197.

(2) *Ingleby. on hemm.*, p. 81.

(3) *Ibid.*

(4) Renouard, *thèse*, n° 221, Paris 1831.

(5) *Journal hebdom.* tome VII, p. 496.

(6) *Ibid.*

(7) *Transact med. and. chir.* vol. XIV

(8) *Lettre* au Dr Hamilton ou Ryan, p. 199.

contraire, que l'enfant court des risques par suite des difficultés que le sang éprouve à passer de la matrice à l'œuf. Quoique défendue par quelques accoucheurs distingués de Paris (1), cette opinion manque entièrement de base, puisqu'il n'y a point de circulation utéro-placentaire directe.

Si le fœtus meurt alors, c'est que, sous l'influence de l'ergot, ce n'est pas seulement l'action organique, comme on pourrait le penser (2), mais bien toute la puissance contractile de l'utérus, qui se trouve mise en jeu. Les efforts de cet organe se répétant à de très courts intervalles, n'ayant plus d'intermittence complète comme dans le travail naturel, font que l'enfant est bientôt comprimé de telle sorte que la circulation du placenta, les mouvemens du cœur, le cours des fluides dans le cordon et même dans les viscères, en éprouvent une gêne susceptible de devenir dangereuse.

Ceci m'a conduit à ne point donner le seigle dans le principe du travail, malgré les assurances de M. Michell, ni avant d'être presque certain qu'il suffira d'une heure ou deux d'efforts tout au plus pour terminer l'accouchement. J'ai d'ailleurs cru remarquer que son action est souvent très faible, nulle ou inutile, quand l'enfant est mort. Les huit essais que j'en ai faits dans l'avortement, sans m'avoir encore donné des résultats parfaitement concluans, me permettent cependant de le conseiller en pareil cas comme un excellent moyen. J'ai vu enfin que, s'il n'agit pas au bout de vingt ou trente minutes, on ne doit guère compter sur ses effets. En cela je suis d'accord avec M. Young (3), et crois, comme M. Dewees, que les contractions qu'il détermine se distinguent par leur permanence des contractions utérines ordinaires. Ce sont, comme le dit M. Moreau, de véritables contractions pathologiques. Toutefois, je ne craindrais pas plus que M. Émery (4) de le

(1) Renouard, *thèse*, n° 221, Paris 1831.

(2) *Amer. Journal*, février 1829, p. 390.

(3) *Trans. med. ch. d'Ed.* vol. III, p. 570.

(4) *Archiv. gén. de méd.* tom. XXV, p. 123.

donner aux primipares, quand les conditions indiquées tout-à-l'heure existent. En le proscrivant alors, MM. Moreau (1) et Villeneuve (2) n'ont raison que par suite de l'obstacle offert par les parties molles à un premier enfant, et qu'autant qu'il serait administré trop tôt.

Au total, pour que le seigle ergoté puisse être administré avec quelque chance de succès et sans danger, il faut : 1° qu'il n'y ait pas de tendance manifeste à l'hémorrhagie par excès d'irritation ; 2° que l'accouchement soit possible par les voies naturelles ; 3° que l'enfant soit en bonne position ; 4° que le col soit souple et dilatable ; 5° que l'irritabilité générale ne soit pas très-grande ; 6° que les organes digestifs soient en bon état ; 7° que le peu d'action de la matrice tienne à son manque d'excitabilité, et que la tête soit fort avancée dans le détroit supérieur ou même dans l'excavation. M. Legras veut encore, mais à tort, qu'on le donne pour fixer la tête au détroit supérieur avant d'appliquer le forceps. Son utilité en tocologie est pour moi une question jugée, aussi claire que celle du kinkina dans les fièvres intermittentes. Les raisonnemens de M. Jackson, de M. Capuron, de M. de Lascauve, n'y feront rien. Il ne s'agit plus que d'en prévenir l'abus en essayant d'en régulariser l'usage.

§ VII. Compression abdominale.

Une ressource, qui pourrait être tentée avant le seigle ergoté, et qui convient surtout aux femmes grasses, lymphathiques, molles, dont le ventre est flasque, ou l'action musculaire peu développée, est l'application d'un bandage sur le ventre, d'une large ventrière. Ce moyen, dont MM. Allen (3) et Waller (4) se sont disputé la découverte, semble nous

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, etc., tom. 25, p. 123.

(2) *Ibid.*

(3) *Gazet. méd. de Paris*, 1833.

(4) *Ibid.* p 465.

venir des Kalmoucks. Martius (1) dit en effet de ces peuples, que pendant le travail on pétrit, on comprime le ventre de la femme avec des sangles ou des courroies. M. Ingleby (2) dit de son côté que c'est une précaution utile dans le cas de souplesse extrême de l'abdomen. Je l'ai employé moi-même dès l'année 1826 pour un cas d'obliquité antérieure très-marquée, dans le but de redresser les efforts de la matrice, puis pour arrêter quelques symptômes d'un faux travail sur une femme qui n'était enceinte que de 7 mois. M. Rognetta (3) dit s'en être bien trouvé dans un cas où le travail ne marchait plus depuis plusieurs heures. Il est bon de remarquer que ce n'est point un excitant, mais seulement un soutien qu'on apporte à la matrice, et que le bandage du ventre agit ici, comme la ceinture des coureurs, en fournissant un point d'appui aux muscles abdominaux, ainsi qu'aux contractions utérines. Au demeurant, comme il n'en peut résulter aucun mal, je ne vois pas pourquoi on se priverait d'un pareil secours lorsque le travail marche avec une certaine lenteur, ou que l'abdomen est assez saillant, assez développé pour avoir besoin d'être soutenu. Une serviette bien étalée depuis les pubis jusqu'à l'ombilic et solidement fixée vers les lombes, avec une autre serviette au-dessous comme garniture, forment tout l'appareil, que chacun est maître d'appliquer à sa manière.

---

(1) *Bullet. de Férussac*, tom. 15, p. 72.

(2) *On uterin. hemmorrh.*, p. 14.

(3) *Gazet. méd. de Paris*, etc., 1833.

SECTION II.

DE LA DYSTOCIE,

(*Accouchement difficile*, *accouchement contre nature*, *laborieux*, *mécanique*, *naturel*, *artificiel*, etc.)

L'accouchement cesse de mériter le titre de spontané dès qu'en l'abandonnant à la nature il menace de devenir dangereux, soit pour la mère, soit pour l'enfant. Long-temps on a désigné ces sortes d'accouchemens par l'épithète de contre nature, ou de laborieux; mais l'acception distincte qu'on a tenté de donner à chacune de ces deux qualifications étant tout-à-fait arbitraire, il en est résulté trop de confusion dans les auteurs qui les ont adoptées pour qu'on ne cherche pas à les remplacer par d'autres. Le nom de dystocie (1), employé par Hippocrate, Sauvages, Desormeaux, exprimant l'ensemble des cas qui exigent les secours de l'art, me paraît plus convenable, et sera sans aucun doute préféré un jour comme terme générique.

Quant aux subdivisions à établir, il est trop contraire aux règles du raisonnement de les fonder sur la nature des moyens qu'on emploie quand l'organisme est impuissant, pour se conformer plus long-temps aux principes professés par Solayrès, Baudelocque, etc. Les vices d'une pareille méthode sont trop sensibles pour qu'il soit nécessaire de les énumérer. Il doit suffire de rappeler qu'en la suivant, la même cause de dystocie, le même accident, une hémorragie, par exemple, peut faire ranger tour-à-tour le même fait dans la classe des accouchemens contre nature, laborieux, mécaniques, mixtes,

(1) De δυς, *difficulté*, *peine*, *malheur*, et de τοκος, accouchement.

manuels, etc., selon l'habileté ou le bon plaisir de l'accoucheur.

Il est donc infiniment mieux de les baser sur la nature des causes qui peuvent rendre l'accouchement difficile. Adoptée par Merriman et Desormeaux, cette marche offre des avantages réels et incontestables. Elle s'applique sans effort à tous les cas possibles, permet de réduire ou de multiplier les genres ou les espèces, sans nuire en aucune manière à la classification générale, et peut, en outre, se combiner avec toutes les méthodes imaginées par les auteurs. Après tout, l'accouchement difficile est caractérisé par l'accident qui le complique, et non pas par le genre de secours qu'il exige.

Les *causes* qui rendent l'accouchement difficile se rapportent à la femme ou à l'enfant. Les unes sont imprévues, n'arrivent qu'au moment du part. On peut leur conserver le titre d'accidentelles. Les autres existent d'avance, font que le travail doit être nécessairement difficile. Elles méritent le nom de préexistantes.

Les causes *accidentelles* ou imprévues sont : une maladie grave, telle que l'inflammation de l'encéphale ou de ses enveloppes, du poumon ou des plèvres, du péritoine ou de l'utérus, etc., qui se déclare pendant le travail ; une hémorrhagie quelconque, assez abondante pour compromettre l'existence de la mère ou de son fruit ; des convulsions, des syncopes, une déchirure de la matrice, la sortie prématurée du cordon, une hernie, un anévrisme, l'asthme, une grande faiblesse, et quelques positions qui ne deviennent vicieuses qu'après les premières douleurs.

Les causes *préexistantes* sont : les vices du bassin, les défauts de conformation ou quelque maladie des organes de la génération ; l'existence de la pierre dans la vessie, de tumeurs fibreuses ou autres dans l'excavation ; les difformités de la taille ; les positions transversales du fœtus, ses monstruosités et ses maladies.

Ces différentes causes n'étant en réalité que des complications de l'accouchement, il en résulte que la dystocie com-

prend tous les accouchemens compliqués, comme l'eutocie tous les accouchemens simples.

ART. 1er — Dystocie accidentelle.

§ Ier. Hémorrhagie.

Que l'hémorrhagie soit une épistaxis, une hémoptysie, une hématémèse, une hématurie ou une métrorrhagie, tout le monde conçoit que les efforts de l'enfantement doivent en augmenter considérablement le danger. Dans les quatre premiers cas, on se comporte d'abord comme pour toutes les hémorrhagies en général. Si le sang continue de couler ensuite, on doit songer à terminer l'accouchement le plus promptement possible. Le cinquième, la perte utérine, se rencontre si fréquemment, forme un accident si grave, qu'il devient nécessaire de l'examiner ici, non-seulement comme complication du travail, mais encore comme maladie essentielle et distincte des femmes grosses. L'hémorrhagie par déchirures de l'utérus ou de quelques vaisseaux voisins sera examinée dans d'autres articles.

L'hémorrhagie utérine prend le nom d'*interne*, d'hémorrhagie *latente* ou *cachée*, quand le sang qui s'écoule des vaisseaux est retenu dans la matrice et ne s'échappe point au dehors. On l'appelle *externe* ou *apparente*, au contraire, quand le fluide sanguin sort des parties génitales au fur et à mesure qu'il y est versé par les bouches vasculaires.

A. Causes.

Elle reconnait deux genres de causes, des causes *efficientes* et des causes occasionnelles ou *déterminantes*. Il y en a même aussi de prédisposantes.

I. *Causes prédisposantes.* On a remarqué de tout temps que certaines femmes n'accouchent presque jamais sans être prises d'hémorrhagies. Les observations inédites de Bellivier et de mademoiselle Florian, auxquelles M. Guillemot (1), qui les a publiées, a joint les siennes et celles de Desgranges, prouvent qu'une pa-

(1) *Archiv. gén. de méd*, etc, tome XX, p. 43.

reille prédisposition est facile à reconnaître. M. Evans (1), qui s'est occupé de la même question en Angleterre, parle d'une femme dont neuf accouchemens avaient déjà été accompagnés de pertes lorsqu'elle le fit appeler pour la dixième fois (2). Le placenta sur le col pourrait, à la rigueur, expliquer une semblable reproduction d'hémorrhagie dans quelques cas, attendu que les femmes qui l'ont eu inséré de cette façon une première fois, courent risque de le voir se développer sur le même point aux grossesses suivantes. M. Ingleby (3), en cite une qui l'eut ainsi fixé trois fois de suite. Il a observé la même chose dix fois chez une autre. Mais ce n'en est pas moins à un état général qu'il faut le plus souvent en rapporter la cause. Les constitutions molles, nerveuses, lymphatiques, délicates, les femmes blondes, qui ont été menstruées de bonne heure, et qui le sont abondamment, celles qui jouissent en outre d'une vive sensibilité ou qui sont marquées d'éphélides, dont la peau est fine, et qui ont avec cela de grands yeux et les pommettes fortement colorées, y sont tellement exposées, que l'accoucheur doit se tenir en garde contre cet accident toutes les fois qu'elles deviennent enceintes.

II. *Causes efficientes*. Depuis Puzos, les accoucheurs ont généralement placé la *cause efficiente* principale des pertes dans le décollement du placenta. Cette opinion me paraît mal fondée. Puzos et ses partisans ont pris l'effet pour la cause. Ce n'est pas le décollement du placenta qui produit l'hémorrhagie, mais bien l'hémorrhagie, au contraire, qui le plus souvent décolle le placenta. Les coups, les chutes, les grandes secousses peuvent bien ébranler la matrice et son contenu; mais comme l'œuf forme une vessie pleine, en contact immédiat avec toute l'étendue de la cavité de l'organe qui le renferme, les plus violentes commotions suffisent à peine pour le décoller. Tant que les

---

(1) Ingleby, *on uter. hemmorrh.* etc., p. 64.

(2) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 941.

(3) Oper. citat. p. 140.

membranes ne sont pas rompues, on conçoit difficilement que les adhérences du placenta puissent être détruites autrement que par l'effort d'un fluide qui cherche à s'épancher à l'intérieur de la matrice. Il est étonnant qu'une pareille doctrine ait été soutenue si long-temps par tant d'hommes célèbres. Même en admettant le décollement préalable du placenta, on n'aurait point encore donné l'explication des pertes utérines. En effet, tous les jours ce décollement a lieu en tout ou en partie dès le milieu de l'accouchement le plus naturel, et pourtant il n'y a point d'hémorrhagie. D'ailleurs, on s'appuie sur une disposition anatomique qui n'existe pas. L'œuf est tout simplement *plaqué*, et non point uni d'une manière intime à la surface de la matrice. Le placenta et l'organe gestateur ne communiquent l'un avec l'autre qu'au moyen de porosités, et non point par de grosses bouches vasculaires.

La cause efficiente des pertes me paraît être analogue à celles de toutes les autres hémorrhagies, à celle de l'épistaxis, par exemple. L'exhalation sanguine se fait dans la matrice, comme dans le nez, sous l'influence d'une congestion locale, d'un afflux, d'un état d'irritation particulier, du *molimen hémorrhagicum* dont Stahl a tant parlé. Lorsque cet afflux, ou ce *molimen*, est arrivé à un certain degré, le sang transsude avec plus ou moins de force, et par une surface plus ou moins étendue, comme dans l'état de vacuité de la matrice. Seulement, il a besoin d'une impulsion plus grande, parce que, pendant la grossesse, l'œuf qu'il est forcé de décoller pour se frayer un passage, lui oppose nécessairement une certaine résistance. Du reste, il me semble que, dans son mécanisme intime, l'hémorrhagie utérine, qui ne dépend d'aucune lésion traumatique, est toujours la même, à quelque époque et dans quelque condition qu'on l'observe, lors de la gestation, comme pendant l'accouchement.

L'idée que j'émets ici, à peu près semblable à celle qu'ont déjà professée Costa, Desormeaux, madame Lachapelle, mérite la plus sérieuse attention; car elle doit avoir une grande influence sur la thérapeutique des pertes et sur quelques autres points de la science tocologique.

III. Les *causes déterminantes* de l'hémorrhagie utérine sont aussi nombreuses que variées. On peut les rapporter à l'état général de la femme, à l'état particulier des organes sexuels et aux accidens par causes externes.

Stoll, Finke et d'autres observateurs ont remarqué que, dans certaines épidémies, toutes les affections bilieuses étaient accompagnées de métrorrhagie. On a mentionné les maladies vermineuses, diverses lésions du tube digestif, et toutes les indispositions qui s'accompagnent de réactions sympathiques sur l'utérus, comme pouvant aussi la produire. La fatigue, la fréquentation des bals, des spectacles, les nuits passées sans sommeil, un régime excitant, l'usage des liqueurs échauffantes, des purgatifs, des bains tièdes, des substances abortives, les commotions morales, enfin tout ce qui peut rendre le flux menstruel plus abondant et plus précoce est aussi capable de faire naître l'hémorrhagie. Un ulcère, un polype au col, des tumeurs fibreuses ou autres dans l'épaisseur des parois ou dans les environs de la surface externe de l'utérus, des manœuvres criminelles, et tout ce qui peut attirer les fluides vers le bassin, les grands mouvemens, le cahotement d'une voiture mal suspendue, l'exercice à cheval, les efforts pour porter ou soulever un fardeau, la toux, le vomissement, des secousses imprimées au tronc par une chute sur les pieds, les genoux ou le siége, des coups portés sur l'abdomen ou le bassin, les maladies du rectum et de la vessie, toutes les conditions, soit de tempérament, soit de maladies, toutes les circonstances, soit naturelles, soit éventuelles, susceptibles d'amener une congestion sanguine, un raptus vers les vaisseaux de la matrice, toutes les causes d'avortement en font autant; en sorte que la grossesse et l'accouchement forment déjà par eux-mêmes une des causes les plus puissantes de l'hémorrhagie utérine.

IV. *Placenta sur le col.* Dans quelques cas particuliers, une *cause toute spéciale* vient s'adjoindre aux précédentes, et peut même à elle seule produire la perte. Je veux parler de l'implantation du placenta sur le col. Quand il y a flux de sang, dit

Guillemeau (1), c'est ordinairement le délivre qui se présente le premier. Mauriceau (2) en avait déjà connaissance. Il en est de même de Viardel (3). P. Portal (4) en cite deux exemples. Peu (5) en donne aussi plusieurs observations. Amand (6) remarque déjà que dans un cas de perte qui durait depuis 15 jours, le placenta, en partie détaché, était inséré sur le col. Ce praticien fit l'accouchement, amena l'enfant vivant, et la mère se trouva rétablie le dix-huitième jour. De La Motte (7) ne l'a point passée non plus sous silence, et Deventer (8) y revient à plusieurs reprises. Seulement on voit que les auteurs n'en avaient pas une idée nette. Ils ne semblent point avoir eu la pensée que le placenta se fût développé sur le col. Tous donnent à entendre qu'il y était tombé du fond de l'utérus, ou, selon eux, il s'inséra constamment. Giffard (9) et Levret (10) sont les premiers qui aient donné une interprétation exacte du fait, mais Petit l'avait annoncé, dès l'année 1722, à l'Académie des Sciences, à l'occasion d'une femme morte en trois jours d'une hémorrhagie de ce genre; et Levret lui-même en trouve des exemples dans Schacherus, V. Horne, Platner, Brunet, Heister. Il est donc singulier de voir M. Cross faire partager cette découverte à Rigby qui n'a écrit que longtemps après, et que M. Ingleby ait pu en faire l'histoire sans dire un mot de Levret !

---

(1) *Œuvres complètes*, etc., in-folio, p. 319.

(2) *Malad. des femmes grosses*, etc. p. 289,

(3) *Observ. sur les accouch.* etc., p. 68.

(4) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 72.

(5) *Pratiq des accouch.* etc. p. 61, 512, 517.

(6) *Nouv. observ. sur la perte*, etc., p. 118.

(7) *Traité complet des accouch.* p. 404.

(8) *Observ. sur les accouch.* etc. p. 181.

(9) *Cases in midwif.* etc. Lond. 1734.

(10) *Art des accouch.* etc., p. 355.

Que ce soit par son centre ou par un point plus ou moins rapproché de sa circonférence, que le gâteau placentaire corresponde à l'orifice, il n'en résulte pas moins une hémorrhagie qui offre pour caractère distinctif de ne se manifester en général que dans les derniers mois de la gestation, qu'à dater du moment où le col commence à se dilater de haut en bas. Rien ne prouve, malgré l'assertion contraire de M. Burns, qu'elle ait parfois lieu dès le troisième mois. En l'attribuant à la rupture des vaisseaux utéro-placentaires, les auteurs ont certainement été trompés par des préventions théoriques ou de fausses apparences anatomiques. Voici ce que plusieurs observations recueillies avec soin me permettent d'avancer :

Lorsque le placenta est inséré sur le col, ces deux parties se développent ensemble jusque vers le cinquième, le sixième, le septième, et même parfois jusque vers le huitième mois et demi, variétés qui s'expliquent très-bien en admettant avec M. Busch (1) qu'une des causes présumables de l'implantation du placenta sur le col, est le développement anormal de la matrice. A partir de là, les environs de l'orifice s'éloignent du centre avec une telle rapidité, qu'une portion de l'œuf, de plus en plus considérable, reste sans adhérence aucune avec l'utérus. Cette portion molle, vasculeuse, continuellement tiraillée, peut se gercer, se déchirer même, et donner ainsi naissance à une hémorrhagie qui fait courir plus de risques à l'enfant qu'à la mère. D'un autre côté, ce déplacement ne s'opère point, en général, sans que la partie inférieure de la matrice n'en soit plus ou moins irritée, sans qu'elle ne devienne bientôt le siége d'un afflux, d'une congestion plus ou moins prononcés, et dès lors la cause efficiente générale des pertes s'ajoute à la cause particulière, constituée par la présence du placenta sur le col. Est-il besoin de faire remarquer que ces deux causes, la rupture de quelques vaisseaux du parenchyme placentaire, et l'état de congestion de l'utérus, peu-

---

(1) *Lehrbuch der Geburtskunde*, etc., 1833, p. 477, § 789.

vent exister isolément ; que si la première amène presque toujours la seconde, il n'est pas impossible cependant qu'elle reste seule, et que celle-ci préexiste, persiste même au point de faire naître le danger le plus imminent, sans se combiner nécessairement avec l'autre ? On sait d'ailleurs que les coups, les secousses, les émotions vives et toutes les autres causes de l'hémorrhagie utérine ordinaire sont également propres à la produire dans le cas d'insertion du délivre sur l'orifice. Il s'en suit donc que ces deux espèces de pertes reconnaissent la même cause prochaine, le *molimen* hémorrhagique, et les mêmes causes occasionnelles ; mais que la présence du placenta sur le col forme une cause déterminante particulière assez puissante à elle seule pour les produire. Stewart et Rigby (1) ont tort cependant de regarder l'insertion du placenta sur le col comme une cause *inévitable* d'hémorrhagie. Les exemples que j'ai rapportés en traitant de la nutrition et de la circulation du fœtus, démontrent sans réplique qu'il y a des exceptions, et que, sous ce rapport, le placenta peut se décoller en entier, descendre dans le vagin sans produire de perte. Chez l'une des femmes dont parle Leroux (2), le placenta, complètement sorti dans un cas où l'enfant présentait l'épaule, n'amena cependant qu'une hémorrhagie peu abondante. Chapman (3) l'a vu descendre quatre heures avant le fœtus. Perfect (4) cite un cas à peu près semblable sans que la perte ait eu la gravité qu'on aurait pu craindre. Il en est de même de quelques faits mentionnés par Smellie. Personne d'ailleurs n'oserait soutenir avec les anciens, et contre Levret, comme le fit du temps de Rigby un auteur caché sous le nom d'une sage-femme anglaise (5), que, dans les cas dont il s'agit, le placenta était

---

(1) *Journal univ. des sc. méd.*, tome XI, p. 21.
(2) *Traité des pertes utér.* p. 231.
(3) *Duncan's annals of midwif.* 1799, p. 308, ou Merriman, p. 126.
(4) Cases, etc. vol. II, p. 288. *Id.* tome II, p. 362.
(5) *Voyez* Leroux, *oper. citat*, p. 224.

primitivement attaché sur quelque autre point de la matrice, et qu'il est réellement tombé sur le col. Peut-être aussi le sang vient-il moins constamment qu'on ne le croit de la région utérine en contact avec le placenta. M. Buisson (1) dit que, dans un cas d'insertion du placenta sur le col avec hémorrhagie, il a trouvé sur le *chorion* qui devait être en rapport avec le fond de l'utérus, une plaque déjà ancienne aussi large que la main.

IV. *Vaisseaux du cordon ou du placenta.* On croit assez généralement aujourd'hui que les canaux vasculaires du cordon ombilical peuvent se rompre pendant le travail, et donner lieu à une hémorrhagie des plus graves. Peu (2) cite un cas de rupture incomplète du cordon avec hémorrhagie pendant le travail. Vesten rapporte une observation semblable (3). Il n'y avait dans ces deux cas ni brièveté ni entortillement.

A ces faits et à ceux de De La Motte (4), de Levret, de Baudelocque (5), il faut joindre maintenant les observations du même genre publiées par MM. Busch (6) et Benckiser (7). J'y ajouterai même deux exemples d'une autre espèce de rupture. Dans l'un, qui m'a été communiqué par M. Caseau, interne à l'Hôtel-Dieu, les vaisseaux s'étaient déchirés pendant la sortie de l'enfant entre l'amnios et le chorion; dans l'autre, que j'ai observé avec M. Guillemot, le cordon et l'amnios vinrent seuls après l'accouchement. Le placenta et le chorion, restés au fond de la matrice, forcèrent de porter la main dans cet organe pour terminer la délivrance.

Sans nier la possibilité d'une perte par rupture du cordon, je ferai remarquer que les observations sur lesquelles on se fonde pour l'admettre ne sont rien moins que concluantes.

---

(1) *Thèse*, nº 43, Paris 1834.

(2) *Pratiq. des accouch.* ou Guillemot, *thèse*, etc. Paris, 1834, p. 28.

(3) Guillemot, *thèse citée*, p. 31.

(4) *Traité complet des accouch.* etc., p. 362.

(5) *Recueil périod. de la Soc. de méd.* tome III, p. 1.

(6) Guillemot, *oper. cit.*, p. 36.

(7) *Dissertat. inaugur. medico-obstet.* etc., Heidelb. 1831.

Celle que mentionne De La Motte (1) n'est évidemment qu'un cas de perte ordinaire. Avant la rupture des membranes le sang coulait déjà. La femme s'affaiblit très rapidement, et l'auteur croit que l'hémorrhagie s'effectua par le cordon, parce qu'il trouva l'un des vaisseaux de cette tige comme *érodé* au point de permettre la transsudation du sang. L'observation de Levret (2), analysée avec soin, ne prouve pas davantage en faveur de l'opinion du chirurgien de Valogne, et celle de Baudelocque (3), qui avait d'abord refusé de se ranger à l'avis de Levret, n'aurait certainement pas dû le porter à changer de manière de voir. Si la rupture du cordon eût été la cause de l'hémorrhagie, le fœtus ne serait pas venu vivant dans les cas rapportés par De La Motte et Baudelocque. Dans l'observation citée par Levret, le fœtus était mort, il est vrai; mais on avait employé le forceps, et le méconium s'écoulait lorsque le sang fluait encore. Enfin, dans les trois cas, la mère s'est tellement affaiblie, que l'accoucheur a dû en concevoir des craintes sérieuses. Morlanne (4) en cite deux exemples; mais dans l'un le fœtus était mort depuis long-temps, et il n'y avait point de perte; dans l'autre, la rupture de la veine ombilicale n'empêcha point le fœtus de naître vivant. Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut admettre seulement comme possible, et non pas comme prouvée, l'hémorrhagie du cordon, telle que l'ont entendue De La Motte, Levret et Baudelocque. En cela, d'ailleurs, je suis complètement d'accord avec mesdames Boivin et Lachapelle.

Les vaisseaux ombilicaux et leurs branches épanouies sur la face fœtale du placenta se déchirent cependant quelquefois, et j'en possède plusieurs exemples; mais c'est parce qu'ils étaient préalablement malades, et généralement dans les premiers temps de la grossesse. Alors le fœtus meurt prompte-

(1) *Traité compl. des accouch*. etc., p. 362, obs. 207.

(2) *Accouch. labor.*, 1780.

(3) *Art des accouch.*, 6e édit.

(4) *Méthode assur*. etc., p. 42.

ment, l'avortement s'effectue, et ce n'est qu'en examinant l'œuf qu'on s'aperçoit de l'hémorrhagie. J'ai trouvé souvent des embryons de six semaines, deux mois, etc., encore enveloppés dans la coque membraneuse, séparés en tout ou en partie de leur cordon, tout près duquel on voyait un ou plusieurs caillots sanguins. D'autres fois on observe de petites poches anévrysmales ou variqueuses, tantôt sur le cordon, plus souvent sur les divisions secondaires de ses vaisseaux, poches à parois excessivement minces et que le moindre effort peut rompre. J'ai vu de ces dilatations déchirées sur un délivre à terme et communiquant avec un caillot volumineux qui couvrait une partie du placenta, et qui n'avait pas rompu l'amnios; mais il est facile de voir que ce genre d'accidens ne ressemble que très imparfaitement à celui dont les auteurs ont voulu parler.

M. Benckiser (1), qui a rassemblé dans sa thèse la plupart des cas de divergence du cordon, et qui rapporte un exemple d'hémorrhagie par rupture d'une branche de la veine ombilicale, d'où la mort du fœtus, aurait raison quand il dit qu'alors l'accouchement doit être pratiqué de bonne heure, qu'il ne faut pas donner à la perte le temps de devenir dangereuse, s'il était possible de reconnaître un pareil état avant la sortie du délivre. M. Ingleby (2) parle d'une hémorrhagie due à la rupture d'un vaisseau central du placenta, et qui, dit M. Coley (3), donna lieu à un épanchement de deux livres de sang entre l'utérus et le délivre. Ce serait un nouvel exemple de perte interne, mais un exemple qui prouve de plus en plus que ce genre d'hémorrhagie est rarement dangereux avant de se transformer en une autre espèce. Dans un autre cas de déchirement du placenta, M. Ingleby parle d'un caillot de dix-huit onces.

Quelques personnes ont aussi pensé que la perte avait souvent lieu par la face externe du placenta, après son décol-

(1) *Archiv. gén.* 2e sér. tome I, p. 356.

(2) *On uter. hemmorh.* etc.

(3) *The Lancet*, n° 332, ou *Ingleby, oper. citat.*

lement partiel ou total, et dans quelque lieu qu'il soit inséré. M. Jœger (1), qui a soutenu de nos jours cette opinion, invoque en sa faveur l'exemple rapporté par Mery (2), d'un fœtus dont les vaisseaux étaient vides, parce que la mère était morte d'une hémorrhagie péritonéale; une observation à peu près pareille, empruntée à Denis, et concernant de petits chiens, puis un autre fait pris dans Heister (3); mais des observations entièrement contraires ayant été rapportées par Rœderer, Reuss, Sœmering, et l'expérience de chaque jour prouvant que le fœtus ne meurt pas exsangue dans les pertes utérines, cette hypothèse ne se trouve entourée d'aucun appui solide dans le mémoire de M. Jœger.

B. Diagnostic.

Les pertes utérines ont des symptômes communs et des signes particuliers. Parmi les signes généraux, il en est qui annoncent l'hémorrhagie, et d'autres qui l'accompagnent ou la suivent.

I. *Signes précurseurs.* Bien que, chez quelques femmes, la perte se manifeste tout-à-coup, sans symptômes avant-coureurs, il n'en faut pas moins convenir que cet accident est assez souvent précédé d'un dérangement plus ou moins marqué d'une ou de plusieurs fonctions. Ainsi, une ou plusieurs heures, un ou plusieurs jours même avant l'apparition du sang, la personne éprouve du malaise, des inquiétudes dans les membres, de la pesanteur, de l'engourdissement dans le bassin, de la chaleur et des frissons alternatifs dans tout le corps, un peu plus de soif et moins d'appétit qu'à l'ordinaire. Des bouffées de chaleur lui montent à la tête. Elle a des étourdissemens et devient beaucoup plus rouge ou plus pâle que dans son état habituel. Le pouls acquiert de la force, de la fréquence et de la vitesse. Assez ordinairement il existe un véritable mouvement fébrile.

II. *Signes qui annoncent l'existence de la perte.* Lorsqu'il s'est

---

(1) *Transact. méd.* tome VII, p. 269.

(2) *Acad. des* [illegible] *c.* 1708.

(3) *Act. phys. med.* vol. I, p. 407.

écoulé une assez grande quantité de sang pour inspirer des craintes, le pouls perd de sa force et de sa dureté, devient bientôt irrégulier tremblotant. La face pâlit, la peau se refroidit. Des éblouissemens, des tintemens d'oreilles, des *faiblesses d'estomac*, qui portent les femmes à demander des alimens, des bâillemens, des pandiculations, des nausées, des lipothymies, des syncopes et même des mouvemens convulsifs se montrent successivement et quelquefois avec une rapidité effrayante.

Aux signes précurseurs succède l'écoulement du sang au dehors, dans la perte externe, et ce caractère est trop évident pour qu'il soit nécessaire d'en indiquer d'autres. Cependant il a paru difficile à quelques-uns de ne pas confondre parfois une perte véritable avec une simple ménorrhagie. Baudelocque a fait tous ses efforts pour éclairer ce point de diagnostic. A l'en croire, la menstruation, pendant la grossesse, diffère d'une métrorrhargie proprement dite, en ce qu'elle se fait sans douleur, sans effort, sans dérangement notable de la santé, sans *molimen* préalable; en ce que le fluide qui s'échappe est séreux, très peu coloré, et ne se coagule point; en ce qu'elle est peu abondante, se termine au bout de deux, trois ou quatre jours, se manifeste aux époques ordinaires du flux menstruel, et que, loin d'affaiblir, elle est au contraire suivie d'un bien-être général, et de plus de liberté dans l'exercice des fonctions, tandis qu'on remarque tout l'opposé dans l'hémorrhagie véritable. Mais, en y regardant de près, on voit bientôt que ces caractères sont pour la plupart illusoires : d'abord il est constant que, chez plusieurs femmes, les règles sont souvent précédées des mêmes symptômes que les pertes les plus dangereuses. Ensuite, la perte n'est pas toujours accompagnée ou annoncée par les signes généraux mentionnés précédemment. Elle peut être très modérée dans le principe, formée par du sang séreux ou chargée de fibrine, et coïncider avec une époque cataméniale. Au fond, le mécanisme de la menstruation étant le même que celui de la métrorrhagie, je ne vois pas qu'il soit possible de distinguer ces deux phénomènes l'un de l'autre par des signes spéciaux. Au surplus, ce diagnostic différentiel ne

conduirait à rien. Tant que la perte est légère, les précautions que l'art prescrit sont incapables de nuire à la fonction menstruelle ; et dès que le sang s'échappe en quantité suffisante pour réclamer des soins plus actifs, il serait presque ridicule de chercher encore à séparer la ménorrhagie de la métrorrhagie.

III. La *perte interne* comporte aujourd'hui quatre variétés. Dans l'une le sang rompt les membranes et s'épanche à leur intérieur. La deuxième n'ayant lieu qu'après l'accouchement, ne doit pas nous occuper en ce moment. La troisième, qui n'a encore fixé l'attention que d'un petit nombre de praticiens, quoiqu'elle ne soit pas très rare, est caractérisée par la rétention et l'accumulation du sang dans le vagin. M. Fleming (1) en cite trois exemples, et M. Wetherell (2) en a recueilli deux autres. Je l'ai observée moi-même deux fois, et M. Pezerat (3) a publié un fait qui me semble également s'y rapporter ; mais il est rare qu'elle tarde beaucoup à devenir externe. Quoique possible pendant le travail ou la grossesse, c'est cependant après l'accouchement qu'on la rencontre le plus souvent. Dans la quatrième, admise par Mauriceau, de La Motte, Levret, Baudelocque, Merriman, qui en ont rapporté des exemples, le sang s'accumulerait entre le placenta ou les membranes et la partie correspondante de la matrice. Un coagulum lenticulaire se formerait avec une rapidité variable, en déprimant l'œuf d'une manière excentrique, et d'autre part en forçant l'utérus à se distendre mécaniquement pour recevoir le fluide qui s'épanche. Je sais qu'en présence des faits le raisonnement doit se taire ; mais alors il faut que ces faits soient incontestables, aient été bien observés et convenablement interprétés. Or, peut-on reconnaître ces conditions dans tous ceux qui ont été mentionnés en faveur des hémorrhagies internes ? Est-il bien sûr que le sang qui, dans plusieurs cas, s'est écoulé à flots au

---

(1) *Archiv. gén.* tome XXVIII, p. 272.

(2) *Ed. med. and Surg. journal*, octobre 1831.

(3) *Journal compl.* tome XXIX, p. 316.

moment de la rupture des membranes, ne fût pas épanché d'avance dans l'intérieur de l'amnios? Comment concevoir, en effet, que le sang qui sort des vaisseaux utérins en quantité un peu considérable puisse dilater outre mesure et presque subitement la matrice, déjà si exactement remplie par l'œuf, plutôt que de glisser entre l'organe gestateur et son contenu pour s'épancher hors de sa cavité? Comment admettre que les adhérences habituellement si faibles du placenta résistent plus à l'effort du sang qui cherche à se faire une cavité, que l'utérus qui ne cède qu'avec tant de difficulté? Si quelques-unes des observations réunies par Baudelocque (1) ne permettent pas de nier absolument le fait, si l'un des exemples relatés par Balme (2) ne laisse pas non plus d'être concluant, on ne peut pas en dire autant de la plupart des autres cas qui en ont été rapportés. Dans l'observation de Saumarez (3), du sang s'était écoulé au dehors, et la pinte et demie de ce fluide, qu'on dit avoir trouvée entre le placenta et la matrice, ne suffirait pas pour expliquer la mort. La même remarque s'applique au fait indiqué par Albinus (4), et M. Ingleby (5), qui en cite un autre recueilli par un de ses amis, n'en est pas moins disposé, malgré les assertions de Denman, Barlows (6), Merriman, à partager l'opinion que je défends ici avec Ramsbotham. Au total donc, le sang s'échappe au dehors après avoir décollé les membranes, ou bien il déchire l'œuf et s'épanche dans la cavité de l'amnios. S'il reste entre le placenta et la matrice, il ne peut, que par une exception rare, s'y accumuler en assez grande quantité pour former une hémorrhagie dangereuse. Alors la perte ne se distinguerait de l'hémorrhagie externe, que par l'absence du sang à l'extérieur, ou par le développement anormal de la matrice et de l'abdomen.

---

(1) *Journal gén. de méd.* tome III, p. 3.

(2) *Ibid.* tome II, p. 15.

(3) Merriman, p. 120, *au new med. and phys. Journal*, 1813, p. 535.

(4) Leroux, *Observ. sur les pertes*, etc., p. 271.

(5) *On uter. hemmorrh.*, etc., p. 132.

(6) *Essays.*, etc., p. 229.

IV. *Perte avec implantation du placenta sur le col.* D'après Rigby (1), l'hémorrhagie produite par l'attache du placenta aux environs de l'orifice est extrêmement fréquente. Sur soixante-trois exemples de pertes accidentelles, il l'aurait observée quarante-deux fois. Madame Lachapelle va jusqu'à dire que l'hémorrhagie utérine qui survient dans les trois derniers mois de la gestation ne reconnaît presque pas d'autre cause. M. Burns (2), qui n'est pas aussi exclusif, n'hésite pas à soutenir que les deux tiers des hémorrhagies abondantes tiennent à l'insertion du placenta sur le col et que l'autre tiers s'explique par l'attache de ce corps dans le voisinage de l'orifice. D'après lui, celles qui n'entraînent pas la nécessité de l'accouchement dépendent seules du décollement de quelques autres points de l'œuf. Il convient cependant (3) que, dans un cas où la mort en fut la suite, le sang avait été fourni uniquement par le col (4). Quoi qu'il en soit, cette perte se distingue des autres en ce qu'elle ne se manifeste point avant le cinquième mois; que le sang coule d'abord en petite quantité, et s'arrête de lui-même, pour reparaître avec plus d'abondance au bout d'une semaine ou deux; en ce qu'elle survient assez souvent sans cause appréciable, sans signes avant-coureurs; en ce qu'elle revient à des époques d'autant plus rapprochées et est d'autant plus abondante, que le terme de la grossesse est plus avancé; en ce que, lors du travail, le sang sort surtout pendant les contractions, et non pas dans l'intervalle comme dans les autres espèces. Quand elle commence de bonne heure, le sang ne coulant qu'en petite quantité, la femme ne s'épuise qu'avec lenteur. Les membres s'œdématient, il survient de la bouffissure au visage, les jambes s'infiltrent, les lèvres pâlissent, et la peau est bientôt d'un jaune blafard, couleur de cire, dans toute son étendue. Cependant ce ne sont là

---

(1) *Journal univ.* tome XI, p. 21, ou *traduct. de* madame Boivin.

(2) *Principl. of midwif.* etc., p. 306.

(3) *Oper. citat.*, p. 305.

(4) Hernigke, *Bibl. germ.* par Brewer et Laroche, tome Ier.

que des signes rationnels, qui même peuvent ne pas se rencontrer dès l'origine de la perte. Toutes les fois donc qu'il importe de lever tous les doutes, on est obligé d'avoir recours au toucher. L'orifice est ordinairement très-mou, plus ou moins dilaté. A la place des membranes on sent un corps spongieux, engagé, comme le serait la pointe d'un cône à large base, dans la partie supérieure du col; mais il faut éviter de prendre un caillot sanguin pour le placenta, et se souvenir, afin de ne point la pratiquer sans nécessité, que cette exploration est susceptible de rappeler l'hémorrhagie en détruisant les concrétions à l'aide desquelles l'organisme était parvenu à la suspendre.

Au lieu de suivre la marche que je viens d'indiquer comme la plus générale, l'hémorrhagie, par implantation du placenta, s'en écarte quelquefois considérablement. M. Duparcque l'a vue survenir dès le sixième mois, cesser d'elle-même et ne plus revenir qu'au moment du travail. Desormeaux l'a rencontrée une fois dès le cinquième mois, et dans le courant du sixième, elle devint tellement abondante qu'on fut obligé de forcer l'accouchement. Je l'ai vue ne se manifester qu'à la fin du neuvième mois, chez une femme près de laquelle me fit appeler M. le docteur Baroilhet, et ne devenir véritablement grave qu'aux approches de l'accouchement, quoique le placenta fût fixé par son centre sur l'orifice. On trouve une foule de faits analogues dans les anciens observateurs. M. Duparcque (1), qui a rassemblé une partie de ces faits, les explique en disant qu'alors le placenta retient, borne la dilatation du col, ou cède sans se déchirer; mais j'ai montré plus haut que, contrairement à ce que dit Smellie (2), le placenta peut être largement décollé sans qu'il en résulte nécessairement une hémorrhagie, et par suite que la circonstance indiquée par M. Duparcque, bien que réelle au fond, est inutile dans la plupart des cas. Dans d'au-

(1) *Bibl. méd.* 1825, tome VIII, p. 118.

(2) *Traité de la théorie et de la pratiq.*, etc., tome Ier, p. 172.

tres cas, surtout lors de la première grossesse, et quand l'utérus est fortement incliné en avant, le col est parfois si peu ouvert, et tellement élevé, que le sang peut s'accumuler au-dessous en certaine quantité, et produire en quelque sorte une hémorrhagie interne.

V. Si *la perte* dépendait de la rupture de quelques vaisseaux du placenta ou du cordon, elle devrait avoir pour caractère de faire périr promptement le fœtus, ainsi qu'on le voit par l'observation de M. Benckiser, et de n'affaiblir que secondairement la mère. Du reste, elle produirait sans doute, comme dans les cas où le sang s'est épanché dans l'intérieur des membranes, de la pesanteur dans le bassin et l'hypogastre, des tiraillemens dans les lombes, les aines et vers l'estomac. Celle qui s'arrête dans le vagin au point de le distendre, détermine, outre les signes de toute hémorrhagie interne, des douleurs vives du côté de l'utérus, des épreintes, des envies fréquentes d'uriner, et fait éprouver la sensation d'un poids considérable sur le fondement.

C. Pronostic.

Les dangers qu'entraîne l'hémorrhagie utérine varient selon une foule de circonstances, selon l'âge et la force du sujet, selon l'espèce et l'abondance de la perte, selon l'époque de la grossesse et selon l'habileté de la personne qui prescrit les secours. Dans les premiers temps de la gestation il est rare qu'on ne parvienne pas à sauver la femme ; mais c'est aux dépens du fœtus, car l'avortement en est une suite à peu près constante. Dans les trois derniers mois, au contraire, la vie de l'enfant est assez souvent conservée, tandis que celle de la mère court beaucoup plus de risques. A ce sujet, on peut établir que, pour la femme, le danger est d'autant plus grand que la grossesse est plus avancée, et que c'est l'inverse pour le fœtus. Ce n'est pas qu'on n'observe parfois le contraire. Dans l'avortement, la perte peut, en se répétant, devenir dangereuse. Elles devinrent si abondantes à la fin, chez deux femmes enceintes de deux à trois mois, que la mort fut un instant à craindre

M. Carrier (1) parle d'une malade qui en fut prise au troisième mois de sa cinquième grossesse, puis quinze, puis quatre jours, puis huit jours plus tard, de manière à inspirer les plus vives alarmes. Dance (2) en cite une autre au contraire, qui, ayant une perte tous les six jours depuis le quatrième mois, accoucha cependant d'un fœtus vivant à terme et sans secours à l'hôpital Cochin. J'ai relaté quelques faits analogues à l'article avortement ; mais ce sont là des exceptions qui ne disent rien contre la règle. L'hémorrhagie externe est moins redoutable que l'interne, parce que, dans celle-ci, le mal est souvent au dessus des ressources de l'art quand on s'en aperçoit, tandis que l'autre est facile à reconnaître dès le principe. La vie du fœtus est plus fortement menacée que celle de la mère, dans le cas de perte par le cordon ou le placenta, *et vice versâ* pour la perte utérine proprement dite. Quand la perte est foudroyante, au point de fournir dix livres de sang dans l'espace d'une demi-heure, comme M. Kluyskens (3) dit l'avoir observée, le danger est extrême, mais elle est rarement portée à ce degré pendant le travail. Si elle fut subitement mortelle, quoique modérée, dans un cas communiqué par M. Bryant (4), c'est qu'il survint une rupture du cœur.

Ce n'est pas par la quantité du sang qui s'écoule qu'on doit mesurer le danger, mais bien par l'effet qui en résulte sur l'économie en général. Il est des femmes qui, toutes choses égales d'ailleurs, sont conduites au bord de la tombe par la perte d'une livre ou deux de ce fluide, tandis que d'autres en perdent une quantité double ou triple, sans en être sérieusement incommodées. Je n'ai pas besoin de dire que celles qui sont fortes, sanguines et robustes, en souffrent moins que les personnes lymphatiques, faibles et anémiques.

Quand même on serait assez heureux pour conjurer l'orage,

---

(1) *Journal hebd. univ.* tome III.

(2) *Lancette fran.* tome V, p. 409.

(3) Denman, *Introd. à la pratiq.* etc., tome II, p. 109.

(4) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 897.

pour prévenir la mort, dans un cas d'hémorrhagie abondante, il reste du moins à craindre des rechutes de plus en plus dangereuses, des infiltrations générales ou locales, des inflammations lentes de la matrice, du péritoine, des plèvres, du péricarde, et des maux de nerfs de toute espèce. Quant aux dangers du moment, on en juge par la gravité des symptômes qui s'observent. Tant que la faiblesse n'est pas grande, que le pouls conserve de la force ou de la dureté, que la coloration de la peau et les traits de la figure se maintiennent sans altération trop manifeste, la perte ne doit pas donner d'inquiétude. Au contraire, il n'y a pas un moment à perdre dès que la face pâlit, que les extrémités se refroidissent, que la vue se trouble, que le pouls faiblit, devient tremblotant et irrégulier. Enfin, il reste bien peu d'espoir lorsque les lipothymies, les syncopes et les convulsions arrivent.

Bien que la mort du fœtus soit une des suites ordinaires de l'hémorrhagie des quatre ou cinq premiers mois de la grossesse, et que plus tard il faille le plus souvent vider la matrice, on aurait tort néanmoins d'en conclure qu'il n'est jamais possible d'obtenir une terminaison plus heureuse.

Tous les observateurs ont effectivement remarqué que les pertes légères, surtout celles des premiers temps de la gestation, arrêtées de bonne heure par une pratique bien entendue, permettent quelquefois à l'œuf de continuer son évolution, au fœtus de vivre et de se développer jusqu'à terme. On a vu même le sang couler au point d'inspirer des craintes pour la vie de la femme, et l'avortement ne pas avoir lieu. Barbaut (1) parle d'une dame qui garda le lit depuis le quatrième mois jusqu'au commencement du neuvième, pour une perte qui revenait de temps en temps, et qui n'en accoucha pas moins à terme d'un enfant vivant. J'ai soigné une jeune dame qui fut prise d'un hémorrhagie abondante au troisième mois de sa seconde grossesse, perdit plus de deux livres de sang dans l'espace de trente-six heures et n'avorta cependant point. Desor-

(1) *Cours d'accouch.* tome II, p. 47.

meaux en cite une autre, chez laquelle le sang coulait avec tant de force, qu'on fut obligé d'avoir recours au tampon, et qui n'en conduisit pas moins sa grossesse jusqu'à terme. On doit à M. Cursham (1) un fait encore plus remarquable. Une femme qui avait été frappée sur l'abdomen eut une perte à six mois. Le sang reparut plusieurs fois dans le courant du septième, et avec tant de violence, qu'il en sortit près de quatre livres en une seule fois. L'accouchement n'eut cependant lieu qu'à terme, et le placenta était inséré au fond de l'utérus.

D. Terminaisons.

Les pertes utérines paraissent être également fréquentes dans tous les pays. Sur un total de 4,189 cas, M. Pacoud (2) mentionne quarante exemples d'hémorrhagie. Elles se guérissent de trois manières.

1° Le sang qui s'échappe au dehors devient quelquefois lui-même le remède du mal que son écoulement constitue. En dégorgeant l'utérus, il détruit le *molimen*, fait cesser la congestion, et l'équilibre se rétablit naturellement. Alors le flux peut s'être effectué aux dépens du col, du vagin, ou bien de la partie inférieure de la matrice, et n'avoir pas détruit les adhérences principales de l'œuf, qui reste intact et n'est ainsi que légèrement entravé dans son développement. Le placenta, quoique décollé en partie par le sang qui suinte à sa surface externe, résiste quelquefois néanmoins; l'hémorrhagie s'arrête, et, comme dans l'autre cas, la vie de l'enfant est conservée.

2° D'autres fois, la perte cesse après avoir duré plus ou moins long-temps. L'œuf, quoique détaché, plus ou moins altéré, n'est point expulsé, et reste dans l'utérus pendant un temps variable.

3°. Le plus souvent les contractions de la matrice sont mises en jeu, et, dans ce cas, c'est seulement sur l'avortement, l'ac-

---

(1) *Thèse*, n° 259, Paris 1828.

(2) *Compte rendu de la Maternité* de Bourg, 1827.

couchement, la version, ou l'application du forceps, que l'on peut compter pour sauver la malade.

Puzos a soutenu que, la perte une fois arrêtée, les parties pouvaient contracter de nouvelles adhérences. Une observation recueillie par Noortwyck (1), sur sa propre épouse, a paru confirmer cette opinion; mais en y réfléchissant avec soin, des doutes nombreux ne tardent pas à naître dans l'esprit de tout homme impartial et non prévenu, sur la valeur de ce fait.

Selon Pasta (2), lorsque l'union de l'œuf avec la matrice a été détruite par le flux sanguin, il lui est tout-à-fait impossible de se rétablir, et quand l'avortement ou l'accouchement, ou tout au moins la mort du fœtus ne suit pas la perte, c'est que l'excitation hémorrhagique s'est opérée hors des limites du placenta.

Voici ce que l'observation démontre : pendant que le sang s'efforce de glisser vers le col, un point plus ou moins étendu de la masse placentaire ou de la membrane anhiste s'en imbibe. Un premier caillot se forme, puis un second, puis un troisième, et ces diverses couches, plus ou moins épaisses, sont bientôt assez nombreuses, si l'énergie de la fluxion hémorrhagique se ralentit, pour exercer une pression qui aide à retenir le sang dans ses propres vaisseaux. Ce n'est point en bouchant de larges ouvertures, en remplissant de gros troncs vasculaires, mais en se plaquant contre les porosités de la matrice, que les caillots suspendent l'hémorrhagie, par le même mécanisme qu'ils arrêtent l'épistaxis quand ils s'accumulent dans le nez.

S'ils n'occupent pas un espace très étendu, l'œuf continue de vivre, comme un arbre auquel on vient d'enlever une ou plusieurs racines. L'imbibition en fait disparaître la partie fluide, et des couches fibrineuses, de plus en plus sèches, de moins en moins évidentes, persistent jusqu'à ce que l'accou-

---

(1) *Anat. human. gravid.* etc. Leyd., 1744.

(2) *Traité des pertes*, trad. d'Alibert.

chement ait lieu, sans que pour cela le point qui les supporte se soit véritablement recollé.

J'ai observé, à la Maternité de Tours, une jeune femme qui fut prise trois fois d'une hémorrhagie légère, à quinze jours d'intervalle, dans les deux derniers mois de sa première grossesse. L'accouchement n'offrit rien de particulier. Il y avait à la surface du placenta trois plaques distinctes, de la largeur d'une pièce de trois livres environ. L'une de ces plaques, plus rapprochée du bord placentaire, était formée par un caillot encore rouge, lenticulaire, et qu'il fut difficile de séparer du délivre. La seconde était constituée par une concrétion fibrineuse, beaucoup plus ferme et à peine colorée. La troisième resemblait plutôt à une sorte de cicatrice. N'est-il pas évident que ces trois points correspondaient au siége des trois hémorrhagies qui avaient eu lieu avant le travail?

Je crois donc, avec Mauriceau, Leacke (1), M. Dewees, que le placenta, partiellement décollé, peut rester dans la matrice. Cette opinion, que semble aussi partager M. Ingleby (2), est encore fortifiée par les nombreuses altérations que présente la face externe du délivre chez quelques femmes, qui n'en vont pas moins jusqu'à terme, et accouchent d'enfans vivans. Les apparences d'ossification qui le recouvraient dans les observations de Monro, que Gooch (3) Durbon, M. Merriman (4) et Dœring (5) ont rencontrées, chacun de leur côté depuis; les masses sanguines que M. Dupasquier (6) appelle squirrheuses, et que MM. Martin (7), Moreau (8) ont signalées, que j'ai souvent observées aussi, n'avaient point

---

(1) *Pract. obs.* p. 255.

(2) *On uter hemmor.* p. 102.

(3) vol. I, p. 252.

(4) *Synops on diff. part.*, p. 156.

(5) *Bulletin de Férussac*, tome XVI, p. 291.

(6) *Journal* de Lyon, tome Ier, p. 68.

(7) *Ibid.* tome Ier.

(8) *Rev. méd* 1831, tome Ier, p. 145.

empêché quelques-uns des fœtus de venir vivans, vigoureux même. Il en est de même des fausses membranes dont parle M. Ryan (1), des foyers purulens, des hydatides et de quelques autres lésions mentionnées par M. Brachet (2). On trouve encore, dans un journal (3), l'observation d'un placenta contenant plusieurs bosselures steatomateuses dont quelques-unes en suppuration, dans un cas de jumeaux qui sont venus vivans et bien développés. Levieux (4) dit aussi que chez une femme qui mourut de pneumonie pendant le travail, et qui avait été menacée d'avortement, on trouva une croûte sanguine ancienne sur le placenta.

E. Traitement.

On peut le dire avec vérité, les hémorrhagies utérines des femmes enceintes sont les maladies qui exigent le plus de sang-froid, le plus de connaissances et le plus d'habileté. En présence de semblables accidens, en effet, quelques secondes de plus ou de moins décident souvent de la vie ou de la mort de deux êtres également chers. C'est là qu'il importe de savoir choisir le remède et l'appliquer à propos, qu'une timidité craintive peut devenir funeste, aussi bien que l'imprudence et la témérité.

Les moyens auxquels on peut avoir recours sont extrêmement nombreux. Il en est qu'on applique en quelque sorte à tous les cas indistinctement, et d'autres qui ne doivent être employés que dans quelques circonstances particulières.

I. *Réfrigérans*. Le repos, la diète, le coucher sur un lit de crin plutôt que sur un lit de plume, dans une chambre obscure plutôt que vivement éclairée, calme et non bruyante, bien aérée plutôt que chaude et renfermée, des boissons délayantes ou acidu-

---

(1) *The Lancet*, 1829, vol. II, p. 587.

(2) *Journal univ.* tome XIL, p. 109.

(3) *Lancette fr.* novembre 1833.

(4) *Journal univ.* tome XIII, p. 366.

rées froides, suffisent assez souvent quand on y a recours dès le principe, et que l'hémorrhagie est modérée. White (1) se loue beaucoup de la position horizontale et de l'absence d'efforts, tandis que Clarcke (2) croyait prévenir les pertes en tenant la femme froide pendant le travail. De petits morceaux de glace ou des liquides glacés à l'intérieur sont fortement vantés dans le même but par M. Évans. Pour M. Burns (3) rien n'égale l'efficacité du froid. Favorisant la coagulation du sang dans ses propres vaisseaux, il devient ici, dit-il, le succédané de la ligature. M. Ollivier (4) prétend avoir guéri une perte à l'aide de draps imbibés d'eau froide chez une femme qui venait d'avorter par suite d'une pleurésie putride. Les succès que M. Trevigno (5) dit avoir obtenus des douches sur l'hypogastre dans le cas de perte après l'avortement ou l'accouchement, ne sont pas appuyés d'observations assez concluantes cependant pour que j'ose conseiller la pratique de ce médecin. Je ferai remarquer même qu'en pareil cas les réfrigérans employés sans ménagemens, ne sont pas toujours dépourvus de danger. Ils peuvent devenir cause de métrite et de toute sorte d'inflammations. Une femme, qu'on y avait soumise, et dont parle M. Pezerat (6), mourut de péritonite, et divers auteurs ont fait mention de résultats semblables. Si la femme est forte ou sanguine, si surtout les symptômes précurseurs ont existé, s'il y a des frissons, et que l'état du pouls le permette, on pratique une saignée du bras de six à huit onces.

Quand ces légers secours ne réussissent pas tout d'abord, quand il n'y a point eu de *molimen* avant-coureur, et que la femme est naturellement faible, on s'adresse aux révulsifs et

---

(1) Ingleby, *on uter. hemmor.* p. 34.

(2) *Ibid.* p. 32.

(3) *Principl. of midwif.* etc., p. 315.

(4) *Journal des Connais. méd. ch.* tome 1er, dans Deubel, p. 81.

(5) *Gazette méd.* de Paris, 1834, p. 537.

(6) *Journal compl.* tome XXIX, p. 314.

aux réfrigérans externes. On prescrit des manuluves simples ou sinapisés, des frictions sèches sur les membres thoraciques, la poitrine et le long du rachis. On applique de larges ventouses sur les seins. Dans un cas de perte avec atonie, M. Stoltz (1) réussit en appliquant un vésicatoire sur l'hypogastre. On fait des aspersions d'eau froide, pure, vinaigrée, éthérée ou ammoniacée, sur l'abdomen, la partie interne des cuisses. On peut y appliquer aussi des compresses imbibées des mêmes liquides ou d'eau à la glace. Fondé sur quelques essais d'un chimiste sicilien, de M. Lapira, M. Companyo-Lanquin (2), veut qu'une solution de sous-carbonate d'ammoniaque appliquée sur l'hypogastre soit un excellent hémostatique.

M. Burns vante beaucoup l'alun. Duncan et Rigby paraissent avoir retiré de grands avantages de l'opium que Hamilton (3), Gooch (4), donnent à des doses énormes, et que M. Burns (5) prescrit à la quantité de trente gouttes d'espace en espace, quand l'irritabilité est très-grande. Le sucre de saturne, déjà conseillé par Etmuller, et surtout par Hayghton (6) est fréquemment employé par M. Dewees. La digitale est aussi préconisée par plusieurs médecins anglais. Ces divers moyens sont, je crois, trop rarement usités en France. Le petit nombre d'essais que j'en ai faits me porte à penser que l'alun et l'opium surtout ne sont pas à dédaigner. Aussi serait-il rationel de recourir à l'acétate de morphine dont M. Fabre (7) paraît véritablement avoir obtenu de bons effets. Le ratanhia, soit en décoction, soit en extrait, la grande consoude, la bistorte, le sirop de coing, de corne de cerf, sont dans le même cas.

---

(1) Deubel, *thèse*, Srasbourg, 1834, p. 81.

(2) *Thèse*, Montpellier, 17 juin 1812.

(3) *Outlines of midwif.* etc.

(4) Ingleby, *on utér. hém.*, etc., p. 57.

(5) *Principl. of midwif*, etc., p. 391.

(6) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 610.

(7) *Journal compl.* tome XXV, p. 183.

D'autres ont conseillé de placer des ligatures fortement serrées sur les membres. Le trouble circulatoire qui en résulte, et sur lequel MM. Robouham (1) et Bourgery (2) ont appelé l'attention dans ces derniers temps, permet de compter sur l'énergie de ce moyen, qu'on aurait tort de rejeter par cela seul que Leake, Hamilton (3) s'en servaient pour rappeler les règles.

II. Le *seigle ergoté* ne pouvait manquer d'être essayé aussi dans les pertes au moment du travail. En sollicitant l'expulsion de l'œuf et le resserrement de la matrice, il doit naturellement amener la suspension de l'hémorrhagie. Mais ce que j'en ai dit plus haut ne me permet pas de le conseiller ici, à moins que le travail ne soit très-avancé. Avant le septième mois, ou pour l'avortement tant que le fœtus n'est pas viable, il n'y a aucun inconvénient à s'en servir dès que la fausse-couche est décidée. Dans les deux derniers mois, au contraire, il pourrait causer la mort de l'enfant, sans remédier ou en remédiant à la perte. La pratique de M. Chevreul, invoquée par M. Ollivier (4), les observations de M. Kimbell (5), celles de M. Doumerc (6), les deux exemples publiés par M. Delaporte (7) ne me rassurent en aucune façon sur ce point, et je persiste à croire que l'ergot ne convient pas dans les pertes utérines tant qu'on peut compter sur la vie du fœtus, si ce n'est quand le travail est franchement déclaré et la tête de l'enfant fort avancée dans le détroit.

III. *Sinapisme.* Un moyen qui me paraît mériter l'attention des praticiens est l'application d'un sinapisme entre les épaules. J'en ai fait usage un assez grand nombre de fois, et dans des cas assez

---

(1) *Journal des Progrès*, 1re sér.
(2) *Thèse*, n° 257, Paris, 1827.
(3) Leroux, *Traité des pertes de sang*, etc., p. 175.
(4) *Jourdal hebdom.* tome VII, p. 496.
(5) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 781.
(6) *Thèse*, n° 122, Paris, 1830.
(7) *Bulletin de thérapeutique*, tome II, p. 55.

variés, pour affirmer que c'est un des révulsifs les plus puissans et les plus utiles que l'on puisse recommander. MM. Groleau (1), Laroche (2), Nivert et plusieurs jeunes médecins qui me l'ont vu essayer, ou l'ont mis eux-mêmes en pratique, en ont déjà fait mention dans leur thèse. J'ai dit ailleurs (3) d'après quelles considérations anatomiques et physiologiques j'avais été conduit à l'employer. J'y ai eu recours dans les premiers mois de la grossesse et pendant le travail, comme dans l'intervalle de ces deux époques, et l'effet en a été extrêmement prompt. Une jeune femme fut amenée à la clinique externe de l'École de Médecine, vers la fin de 1825. Enceinte d'environ trois mois, elle était dans le sang depuis douze heures. Nous tentâmes les secours indiqués plus haut. La perte n'en continua pas moins d'augmenter jusqu'au soir. C'est alors qu'effrayé par la faiblesse extrême et les menaces de syncope, je fis placer un cataplasme de moutarde dans le dos. Un quart-d'heure après, la diminution de l'hémorrhagie était déjà sensible. Elle se réduisit bientôt à un simple suintement, qui persista jusqu'au lendemain, époque à laquelle l'œuf fut expulsé.

Un pareil résultat n'a d'ailleurs rien qui doive surprendre, quand on se rappelle avec quelle facilité les gens de la campagne arrêtent quelquefois l'épistaxis en plaçant une clef, des linges ou tout autre corps mouillé d'eau froide, entre les épaules, et avec quelle rapidité la moutarde met en jeu les irradiations sympathiques. Toutefois, le raisonnement indique que ce moyen serait plutôt nuisible qu'utile, lorsque la perte est accompagnée de réaction générale, et que les symptômes du molimen hémorrhagique sont encore dans toute leur force. Pendant la grossesse et le travail, lorsque l'œuf est en grande partie décollé et que son expulsion est décidée, il pourra diminuer l'impétuosité de l'afflux, mais il serait imprudent de

---

(1) n° 125, Paris, 1825.

(2) n° 1, Paris, 1827.

(3) *Anat. chir.* region dorsale.

compter sur lui pour faire cesser en entier une hémorrhagie déjà grave et inquiétante.

IV. On a fait usage aussi de *douches ascendantes* sur la région lombaire (1), mais c'est une ressource qui exige trop de déplacement pour convenir aux femmes dont la perte est abondante. MM. Goupil, Martinet, Deslandes (2), M. Carrère (3) surtout, disent avoir retiré des avantages marqués du *nitrate de potasse* à la dose de un, deux, trois, quatre et six gros par jour. D'autres, et M. Porta (4) en particulier, prétendent que deux grains de *tannin* toutes les deux heures, forment un excellent remède. Il n'est pas jusqu'à la *strychnine* (5) qui n'ait été proposée. La *sabine*, préconisée par MM. Wedekind, Gunther (6) et Feist (7) qui, avec : poudre ʒ iij, extrait ʒ jj, huile ℈ j, de cette substance, font des pilules de 3 grains, dont ils donnent 4, 5, 10, trois fois par jour, a trouvé quelques partisans en France; mais il est douteux qu'une plante aussi âcre devienne jamais d'un emploi général. Quand l'hémorrhagie a quelque chose d'intermittent, on pourrait, à l'instar de M. Lobstein (8), tenter le *kinkina*. Un remède qui jouissait autrefois d'une grande réputation, que Viardel (9) vante d'une manière toute particulière, est l'eau ou la *teinture de canelle*. Le fait est que si on en croit M. Kempfen (10), Boer s'en servait encore avec le plus grand succès à Vienne, et qu'on pourrait l'essayer sans inconvénient. Le *musc*, dont

---

(1) Thévenot, *thèse*, n° 85, Paris 1827.
(2) *Rev. méd.*, 1825, tome Ier, p. 455.
(3) *Journal compl.* tome XXVII, p. 40.
(4) *Ibid.* 1827, tome III, p. 493.
(5) *Rev. méd.*, 1827, tome Ier, p. 137.
(6) Godefroy, *thèse*, n° 98, Paris 1831.
(7) *Rev. méd.* 1830, tome IV, p. 132.
(8) *Archiv. gén.* tome XXVII, p. 123.
(9) *Observ. sur la pratique des accouch.*, p. 138.
(10) *Clin. des hôpitaux*, tome IV, p. 165.

M. Hauff (1), donne 6 grains tous les quart-d'heure, serait tout à la fois plus irritant et d'un emploi plus difficile.

V. *Tampon*. Une des premières idées qui durent se présenter à l'esprit, en voyant le sang couler de la matrice, fut sans doute de boucher l'orifice de cet organe. Si on en croit Leroux, le tampon est un remède héroïque, presque constamment suivi de succès. D'après les classiques modernes, au contraire, c'est un moyen rarement utile, et le plus souvent dangereux, qu'il faut proscrire de la saine pratique. Demangeon, entr'autres, avantageusement combattu par Gardien, s'est élevé avec force contre son usage. Des argumens spécieux, comme celui de M. James (2), qui rejette ce moyen parce que, dans un cas où le placenta lui-même faisait tampon dans le vagin, il y eut une perte interne énorme, des préventions théoriques, des cas exceptionnels généralisés, et de faux raisonnemens, sont, néanmoins, à peu près tout ce qu'on a pu opposer aux faits sans nombre rapportés par une infinité d'auteurs.

En avançant que de sept femmes tamponnées Leroux en a perdu cinq, Millot (3) commet une erreur grossière et dénature méchamment les faits. Du reste, Leroux (4) remarque lui-même qu'Hippocrate (5), Moschion (6), Paul d'Egine (7), F. de Hilden (8) parlent déjà du tampon, et que Triœn (9), Smellie (10), Ranchin (11) employaient une sorte de pessaire astringent à la place. Il est certain, au moins, qu'on

(1) *Gazette méd.* 1832, 8°, tome III, p. 207.

(2) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 799.

(3) *Supplém. à tous les traités*, etc., tome 1er, p. 307.

(4) *Des pertes de sang*, p. 190, 196, 198.

(5) *De mul. morb.* lib. I, cap. 76.

(6) *Gygnæcior. de mul. morb.* in Spach., c. 20.

(7) lib. 7, c. 24.

(8) *Epist.* 39, ad Zacchias., etc.

(9) *Obs. méd. chir.*, p. 49.

(10) *De la Théorie et de la pratiq. des accouch.* etc. tome II, p. 42.

(11) *Maladies des femmes, avant, pendant et après l'accouch.* etc.

en faisait usage du temps de la Motte (1), car cet auteur accuse une sage-femme d'avoir fait mourir une accouchée en lui bouchant le vagin avec une serviette pour arrêter une perte. Portal (2) employait des linges imbibés d'oxicrat ; mais personne n'avait parlé du tampon avec autant de précision que Hoffman (3). G. de la Tourette (4) est un des auteurs qui, après Leroux, en ont le plus vanté l'efficacité, même dans les pertes qui suivent l'accouchement. M. Nægèle (5) dit aussi avoir à s'en louer.

Ce n'est pas à dire, pour cela, qu'il ne puisse jamais nuire. Le tampon, comme toutes les ressources thérapeutiques importantes, arme tutélaire entre les mains d'un homme habile, peut devenir un instrument meurtrier dans celles d'un ignorant. Par exemple, il semble imprudent d'en faire usage dans le commencement d'une perte, lorsque les symptômes de pléthore ne sont pas encore dissipés, ou que le sang s'épanche dans l'intérieur des membranes et que l'utérus est dans l'inertie. Alors il ne manquerait pas d'augmenter l'excitation, ou bien, en retenant le fluide sanguin à l'intérieur, de favoriser la distension indéfinie des parois de la matrice. Cependant il n'est pas encore bien démontré qu'alors même il ne soit pas plus souvent utile que nuisible. Le raisonnement, d'accord avec un assez grand nombre de faits, me porte à croire, avec M. Chevreul (6), que c'est peut-être un des moyens les plus sûrs d'obliger l'utérus à se rétracter, à sortir de son engourdissement. C'est même par suite de cette propriété qu'il est redoutable, quand on craint de faciliter l'expulsion de l'œuf, et qu'on ne doit en faire usage qu'après avoir constaté l'insuffisance des autres modes de traitement. M. Burns (7) a raison de

(1) *Traité complet des accouch.*, etc., p. 747, obs. 392.

(2) Stervart, *Journal univ.* etc., tome XI, p. 21.

(3) Cons. 3, sect. 5, p. 21, édit. de Venise.

(4) *Art des accouch.* etc., tome II, p. 181.

(5) Deubel, *th.* Strasb. 1834., p. 79.

(6) *Manuel d'accouch.* 2e édit., p. 125.

(7) *Princip. of midwif.* etc., p. 330.

le proscrire aussi quand la femme est très-affaiblie, parce qu'alors il faut vider la matrice au plus vîte. Nous verrons d'ailleurs à l'article délivrance l'usage qu'on peut en faire après l'accouchement. Huit observations rapportées par M. Charey (1) prouvent, comme celles qui me sont propres, comme celles de Gallandat et de Kok (2), que, dans l'avortement et l'implatation du placenta sur le col, il n'a presqu'aucun des inconvéniens qu'on lui a reprochés. Stewart (3), qui le blâme, et M. Ingleby (4), qui lui accorde peu de confiance, y ont trop rarement eu recours pour que leur jugement ait une grande valeur.

Le raisonnement semble indiquer d'abord, comme le croient MM. Man (5) et Demon (6), que, dans les positions du tronc et lorsque le placenta se trouve à l'orifice, le tampon n'a presqu'aucune efficacité, parce que la tête, les fesses, le dos, ou l'épaule seuls peuvent lui fournir un point d'appui suffisant; mais, comme avant la rupture des membranes la partie qui se présente s'éloigne du col au moment de chaque contraction, on ne peut guère compter sur un pareil point d'appui, et rien ne prouve, en conséquence, que le tampon ne convienne pas dans toutes les positions du fœtus.

On le fabrique de manières assez diverses. Beaucoup de personnes se contentent de remplir le vagin avec de l'étoupe, de la charpie, du vieux linge, de l'éponge. M. Dewees dit qu'il n'est jamais nécessaire de porter le tampon jusque dans le col. D'autres roulent une ou plusieurs compresses en cylindres, qu'on introduit jusque dans l'orifice. Il en est qui préfèrent un sachet ou une sorte de bourse remplie de substances astrin-

---

(1) *Thèse*, n° 91, Paris, 1823.

(2) Denman, *Introd. à la pratiq.* etc., tome II, p. 321.

(3) *Des hém. utér.* trad. de Mme Boivin.

(4) *On uter. hemmorrh.* etc., p. 157.

(5) *Bulletin de Férussac*, tome XVI, p. 124.

(6) *Cliniq. des hôpitaux*, tome IV, p. 7.

gentes ; mais la méthode la plus simple consiste à faire une espèce de chemise avec un linge fin enduit de cérat, chemise qu'on introduit vide jusque dans le sommet de l'utérus, qu'on remplit ensuite de boulettes de charpie ou de filasse, ou de tout autre corps analogue, et qu'on fixe à l'aide d'un bandage en T. L'huile dans laquelle M. Burns (1) veut qu'on immerge le tampon ne me paraît guère propre qu'à en favoriser l'introduction. Le vinaigre et l'oxicrat, conseillés par d'autres, sont moins à dédaigner. Leur action styptique peut être d'un grand secours malgré les caillots et la sortie du sang. Alors c'est une digue mécanique et une substance pharmaceutique qu'on oppose en même temps à l'hémorrhagie. Un mouchoir dans le premier pli duquel on met un morceau de glace, est d'un emploi non moins commode, et M. Burns (2) qui le vante le croit très-propre à augmenter la coagulation du sang, coagulation que l'hémorrhagie favorise déjà elle-même, selon M. Blundell ou M. Thackerach (3). Quoiqu'il en soit, c'est un véritable bouchon, qui, fermant l'issue au sang, le force à clore les exhalans qui le fournissent. D'un autre côté, en sa qualité de corps étranger et de styptique, il agace le col, change la vitalité de l'utérus, dont il réveille la contractilité, dont il appelle la réaction, au point de déterminer bientôt l'expulsion de l'œuf.

S'il doit réussir, le sang cesse de couler par la vulve, les symptômes généraux se calment peu-à-peu, l'hypogastre devient plus ferme sans augmenter de volume, et, si la déplétion de l'utérus ne doit pas s'ensuivre, la femme éprouve seulement quelques ténesmes, des épreintes, de la pesanteur dans le bassin et parfois des coliques légères. Dans le cas contraire, des douleurs assez vives, de véritables contractions utérines se manifestent, et font que les caillots, le tampon et le produit de la conception finissent par être chassés l'un après l'autre ou tous ensemble, hors des organes génitaux.

Chez quelques femmes il en résulte une telle géne, bien

---

(1) *Principl. of midwif.* etc., p. 293.

(2) *Principl. of midwif.* etc. p. 315.

(3) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 378.

qu'il n'y ait nulle apparence de contractions utérines, qu'elles demandent avec instance qu'on les en débarrasse. En général, il faut résister à leurs prières, tant qu'il n'y a point de signes de perte interne, à moins que les douleurs ne soient assez aiguës pour faire naître des accidens nerveux, des convulsions. Leurs plaintes, dans ce cas, sont plutôt à désirer qu'à craindre. Au bout de quelque temps on voit l'ordre se rétablir dans les fonctions.

Pour ne pas s'exposer à renouveler l'hémorrhagie, on laisse le tampon en place le plus long-temps possible, au moins plusieurs heures, une journée même. Quand on ne le croit plus indispensable, il suffit d'ôter le bandage en T. N'étant plus maintenu dans les organes par une force extérieure, il s'en échappe spontanément et avec lenteur, si on n'aime mieux l'extraire.

Ainsi, dans le travail comme dans l'avortement, le tampon a pour effet ordinaire, de réprimer la perte et de solliciter l'expulsion de l'œuf. Il ne faut donc y recourir qu'autant qu'il n'y a nul besoin, ou qu'il n'est pas nécessaire de retarder l'accouchement.

VI. *Compresion.* Le bandage de ventre, la compression abdominale devrait être ajoutée au tampon, et employée, même à titre de moyen préventif, dès le commencement du travail chez toutes les femmes menacées de pertes. C'est un moyen d'autant plus précieux, qu'il ne nuit à aucun autre. De larges compresses graduées sur les régions iliaques ou les flancs et l'hypogastre, fixées par la ventrière ou une serviette, peuvent être imbibées en place de liquides réfrigérans on styptiques, sans empêcher l'essai des médications internes, ni du tampon. Si on en croit M. Ingleby (1), le docteur Gaistkell, qui l'emploie depuis 45 ans, n'a pas vu une seule hémorrhagie mortelle sur 7,000 accouchemens opérés par lui. M. M'Keever (2), qui, avec M. Labatt de Dublin, s'en sert depuis 1815 et emploie des compresses avec une espèce de coussin, dit que, sur

---

(1) *On uter. hemorrhag.*, etc., p. 13.

(2) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 391, 392.

6,665 femmes traitées à l'infirmerie, de 1819 à 1820, il y eut 25 hémorrhagies dont aucune n'a été suivie de mort. Dennison (1), qui la décrivait en 1784 ou 1785, M. N'Hill (2), qui dit en faire usage depuis un demi-siècle, n'ont point empêché M. Walford (3) de la revendiquer contre M. Séarle, en faveur de Ramsbotham et de Davis. Mais, ainsi que le remarque M. Lannyon (4), l'idée en est si peu nouvelle, qu'elle se trouve dans Paré et que Leroux (5), qui la fait aussi remonter à Dussée, Puzos, Levret, parle d'un chirurgien de Dijon qui l'avait conseillée. Denman (6), parle aussi de grands succès obtenus à l'aide de linges imbibés de vinaigre et d'une forte compression sur l'hypogastre. Baudelocque lui-même ne l'a point passée sous silence, et Millot (7), qui croyait l'avoir inventée, soutient l'avoir mise en pratique dès l'année 1773, en présence de la sage-femme Leroy, en avoir publié des succès en 1798 (8), que sans elle le tampon de Leroux ne réussit point (9) et que la compresse carrée, ou en *carreau* (10), qu'il préfère, doit être imbibée de vinaigre avant d'être appliquée sur l'hypogastre.

Ainsi, c'est une méthode qui ne date pas de notre siècle, mais qui, comme on le voit, réunit en sa faveur un grand nombre de témoignages et de preuves. Deventer et de la Tourette (11) le conseillent aussi.

M. Stoltz (12) a souvent arrêté des pertes opiniâtres en com-

(1) *The lancet.*, 1828, vol. 1, p. 262, 263.

(2) *Ibid.*

(3) *Ibid.* p. 12.

(4) *Ibid.* vol. II, p. 221.

(5) *Observ. sur les pertes*, etc, p. 181, 182, 183.

(6) *Introd. à la pratiq.* etc., tome II, p. 348.

(7) *Supplém. à tous les traités*, etc., tome I, p. 319.

(8) *Oper. cit.*, tome I, p. 289.

(9) *Ibid.* p. 307.

(10) *Ibid.* p. 324.

(11) Calderoni, *Nouv. moyen pour l'extract. du placenta*, 1828.

(12) Deubel, *Thèse*, Strasb. 1834, p. 81.

primant avec force l'utérus contre le côté droit du bassin. M. Hueter (1) s'est servi avec avantage d'un sac rempli de sable, et appliqué sur l'hypogastre à titre de moyen compressif.

VII. *Dilatation du col et déchirure des membranes.* Avant d'arriver à l'accouchement forcé, Puzos (2) veut qu'on tente une pratique qui lui semble beaucoup plus simple et surtout beaucoup plus conforme au vœu de l'organisme. Portez, dit-il, un doigt, puis deux, puis trois, etc., dans l'orifice, que vous titillerez, que vous irriterez avec douceur. Si cela ne suffit pas, commencez à dilater le col, élargissez-le avec tous les ménagemens et toute la lenteur que la gravité des accidens vous permettra d'y mettre. Si vous ne réussissez pas encore, perforez les membranes, et le vide qui s'opérera dans l'œuf manquera rarement d'être suivi des contractions expulsives de la matrice. Vous aurez, il est vrai, un accouchement avant terme, mais qui sera moins dangereux pour la mère et pour son fruit que si l'homme de l'art se fût chargé d'extraire le fœtus.

Cette conduite convient principalement lorsque l'hémorrhagie arrive pendant le cours du travail, ou lorsque la grossesse est très avancée. Stewart (3), Hamilton (4), Burns (5), M. Dewees (6), qui l'ont combattue, ont pu craindre tout ce qu'on a dit de la rupture prématurée de la poche des eaux, l'inertie surtout et l'action trop prolongée de la matrice immédiatement sur le fœtus. Mais on a vu plus haut ce que de pareilles craintes ont de fondé, et M. Ameil (7) en avait déjà fait justice au commencement de ce siècle, lorsqu'il conseilla la méthode de Puzos, en insistant sur la titillation du col et les

---

(1) Deubel, *ibid.*, p. 82.

(2) *Mémoires de l'Acad. de chir.* tome I, p. 266.

(3) *Pertes uter.* trad. par Mme Boivin.

(4) *Outlines of midwif.* etc.

(5) *Principl. of midwif.* 1832.

(6) Ingleby, *On uter. hemmorhag*, etc., p. 124.

(7) Delpech, *thèse*, Montpellier, 9 thermid. an IX, p. 436.

frictions sur l'abdomen. M. Ingleby (1), qui paraît la préférer à toute autre médication, veut, avec raison, qu'après avoir rompu les membranes, on soulève la tête du fœtus, pour faire couler l'eau. Cette précaution force l'utérus à se vider, à se rétracter, et empêche le sang de s'épancher à l'intérieur. La tête ayant franchi le passage sans que la sage-femme s'en fût aperçue, Burton (2), qui fit la version, trouva un caillot énorme derrière l'enfant. Le tampon lui paraît moins avantageux, même quand le placenta est sur le col, un peu de côté, parce qu'alors la tête arrête la perte en descendant. M. Cusack (3) l'a vue, de son côté, réussir dans six cas différens, et M. Merriman (4) en aurait obtenu trente succès dans le dernier mois de la grossesse. Bien plus, Rigby, au dire de M. Blundell (5), en aurait indiqué cinquante à soixante exemples! Millot (6), qui en était partisan, veut qu'on perce l'œuf avec un trois quarts, et M. Holmes (7) a imaginé un stylet tout exprès. Mais comme le doigt suffit à peu près constamment, personne n'a senti l'utilité de pareils instrumens. Au total, la rupture de l'œuf est un secours puissant dans le cas de perte. Son efficacité me paraît plus grande encore que celle du tampon, quand il n'y a point à reculer la sortie du fœtus. Mauriceau (8), et Dionis (9), qui l'employaient déjà, en avaient eux-mêmes senti toute l'importance. Toutefois, il est clair qu'à l'exception de la rupture des membranes, le tampon remplit à peu près les mêmes indications que la méthode de Puzos, et que, si la perte était violente, on aurait tort d'agir avec cette réserve, de ne pas terminer l'accouchement aussi vîte que possible.

---

(1) *Oper. cit.*, p. 128, 138.

(2) *Nouv. syst. des accouch.* etc., p. 157.

(3) Dublin, *hosp. repp.* vol. V, p. 501.

(4) *Sympt. ou difficulté parturit.*, etc.

(5) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 610.

(6) *Supplém. à tous les traités*, etc., tome I, p. 222.

(7) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 79.

(8) tome I, chap. XXVIII.

(9) *Traité gén.*, lib. 3, chap. XXIV, p. 262.

VIII. *Accouchement forcé*. Quand le travail marche avec une certaine régularité, nonobstant l'hémorrhagie, et que les forces ne s'épuisent pas avec trop de rapidité, il suffit ordinairement d'accélérer les contractions, comme il vient d'être dit, et d'engager la femme à redoubler de courage, à faire valoir ses efforts pour que la matrice seule réussisse à se débarrasser de son contenu, ainsi qu'à suspendre la perte. Dans le cas, au contraire, où la rareté des douleurs ne permet pas de s'en rapporter aux ressources de l'organisme, l'accoucheur doit se hâter d'aller chercher le fœtus. Si déjà la tête était engagée au détroit supérieur, et que le col fût suffisamment ouvert; si, à plus forte raison, elle était arrivée dans l'excavation, c'est avec le forceps qu'il conviendrait de la saisir. Autrement on fait la version. Pour porter la main dans l'utérus, il faut que l'orifice ait un certain degré de dilatation, ou qu'il soit au moins très dilatable. Ce n'est donc que dans les derniers temps de la grossesse, ou lorsque la nature ou les moyens précédemment indiqués ont déjà forcé le travail à commencer, qu'on peut avoir recours à cette dernière ressource, qui est surtout applicable aux hémorrhagies par implantation du placenta sur le col. Heureusement que l'ouverture en est ordinairement très molle et se laisse facilement traverser quand il y a perte. Au surplus, il est évident que, le danger pressant, il vaudrait encore mieux vaincre avec quelque violence la résistance de l'orifice, que d'abandonner la femme aux chances si souvent funestes d'une perte foudroyante. L'accouchement forcé dans le cas de perte est une méthode déjà fort ancienne, et dont on ne connaît pas très exactement l'inventeur. Louise Bourgeois (1), à qui on en fait honneur et qui écrivait en 1608, la recommande en effet; mais Guillemeau (2), qui la conseille aussi, qui en cite plusieurs succès, qui en parle comme d'une pratique usuelle, dit l'avoir employée en 1699, et sauvé ainsi

(1) *Obs. diverses sur les accouch.*, 1608.

(2) *OEuvres complètes*, etc., in-folio, p. 314, 317.

madame Simon, fille de Paré. Mauriceau (1) la vante également, et se plaint amèrement des chirurgiens qui, appelés près de sa propre sœur, prise d'une hémorrhagie abondante, n'osèrent pas pratiquer la version, et laissèrent mourir la malade. Il est peu d'accoucheurs qui ne l'aient adoptée depuis, et c'est effectivement le plus sûr moyen de sauver la mère et l'enfant, lorsque l'époque de la grossesse et l'état du col permettent de la tenter.

IX. *Placenta sur le col.* Sous aucun prétexte, on ne doit laisser à la nature le soin de terminer seule l'accouchement, lorsque le placenta, attaché sur l'orifice même, est la cause incontestable de l'hémorrhagie. Alors, dit Rigby, il faut pratiquer la version le plus tôt possible. Les huit à dix lignes de dilatation que demande cet auteur ne sont pas même nécessaires, attendu que le col est ordinairement assez mou pour laisser pénétrer la main.

Dans ce cas particulier, divers praticiens ont donné l'avis de chercher, quand les doigts sont arrivés dans le col, le point de la circonférence du placenta qui en est le plus rapproché, afin de diriger la main dans cette direction. D'autres ont pensé que, dans les cas embarrassans ou qui ne permettent pas de temporiser, il serait mieux de négliger cette recherche minutieuse, et de perforer, de déchirer le point de l'œuf qui correspond à l'orifice, pour saisir à l'instant les pieds de l'enfant. La première de ces deux pratiques conduirait à des longueurs nuisibles. La seconde que Guillemeau (2) recommande évidemment, quand il dit que l'accoucheur doit percer le délivre s'il ne peut le détourner, dont Deventer (3) se déclare aussi le partisan, et que Maygrier (4) et M. Halmagrand (5), ont fortement vantée dans ces derniers temps, ne

(1) *Malad. des femmes gross.* etc., p. 137.

(2) *OEuvres complètes*, etc., in-folio, p. 320.

(3) *Obs. sur les accouch.* p. 181.

(4) *Science des accouch*, 1814. *Thèse*, Paris, 3 germinal an x.

(5) *Bulletin de thérapeutique*, tome I, p. 28.

manquerait pas d'augmenter singulièrement la violence de l'hémorrhagie en déchirant les vaisseaux placentaires, et de compromettre gravement la vie du fœtus, pour peu que son extraction fut rendue longue ou difficile. En outre, on serait obligé d'entraîner l'enfant à travers l'ouverture du délivre, qui, poussé par les épaules ou la tête, apporterait nécessairement quelques obstacles au reste de l'opération. Le fait invoqué par M. Halma-grand est d'autant moins concluant au surplus que l'enfant est venu mort et que la femme elle-même a succombé quelques jours après. Levret (1), qui s'est aussi comporté de cette manière, et de la Tourette (2), qui cherche à rehausser l'importance d'une pareille méthode, n'en démontrent nullement les avantages. Lauverjat, qui, au dire de Clerck (3), s'en servait aussi, n'a rien publié de notable en sa faveur.

La méthode suivie par P. Portal est préférable sous tous les rapports. Sans égard pour la circonférence du placenta, la main, une fois dans le col, se porte en avant d'abord, puis à droite de la femme, si c'est la main gauche, à gauche, au contraire, si c'est la main droite, et en moins d'une seconde on arrive à la partie membraneuse de l'œuf, que l'on perfore. On saisit promptement les pieds, et le fœtus peut sortir avant le délivre. Comme ce procédé n'entraîne ni difficulté ni lenteur, on ne voit pas ce qui pourrait obliger à suivre le conseil de Guillemeau. Ce n'est pas une raison toutefois pour qu'à l'instar de Leroux (4) on s'amuse à presser le placenta décollé contre le côté saignant de l'orifice, pendant qu'avec les autres doigts on opère la dilatation.

Dans les autres espèces d'hémorrhagies, lorsque la version est opérée, et que les hanches sont à la vulve, si l'utérus n'est pas resté dans l'inertie, il paraît prudent d'abandonner la fin

(1) *Art des accouch.* p. 305, 3e édit.

(2) *Art des accouch.* tome II, p. 197.

(3) Jacobs, *Ecole pratiq. des accouch.* etc, 1785, p. 275.

(4) *Obs. sur les pertes utér.* p. 258.

de l'accouchement à la nature; tandis que, pour l'implantation sur le col, l'opération une fois commencée ne saurait être terminée trop vite. La raison de cette différence saute aux yeux. Dans le premier cas, la circulation omphalo-placentaire continuant de se faire, la vie de l'enfant n'est pas compromise, et celle de la mère n'est plus en danger dès que le sang cesse de couler. Dans le second, les fonctions du placenta ne pouvant plus être remplies, quelques instans de retard pourraient amener la mort du fœtus.

Le praticien doit savoir au reste que de toute façon, la femme court un extrême danger dans le cas de perte, si on ne se décide que très tard à l'accoucher. L'excès de souffrance que la délivrance forcée détermine, la déplétion subite qui en résulte, sont souvent suivies, en pareil cas d'un collapsus des plus graves, triste prélude d'une mort presque inévitable. C'est ce qui eut lieu chez la sœur de Mauriceau qui, abandonné par tous ses confrères, se vit forcé de l'accoucher lui-même à la fin. C'est ce qui m'est arrivé aussi chez une jeune femme qui résista jusqu'au bout à nos instances, et qu'il fallut délivrer malgré elle. Rien n'est pénible comme l'alternative où on se trouve alors. Si l'accoucheur ne vide pas la matrice, la femme meurt inévitablement. S'il la délivre, elle peut succomber pendant l'opération, ou quelques minutes après. La conscience veut cependant qu'on suive ce dernier parti, et l'on voit, par une observation de M. Bourgeois (1), qui, après plus d'une heure de soins, finit par rappeler à la santé une femme et son enfant déjà dans un état de mort apparente, qu'on est parfois heureusement récompensé des efforts que l'on tente.

C'est aux articles avortement et délivrance que le lecteur devra chercher les détails que je n'ai pas cru devoir consigner ici, ceux qui concernent la transfusion par exemple.

---

(1) *Rev. méd.*, 1819, tome IV, p. 283.

§ II. Convulsions.

L'agitation, les angoisses d'une femme en travail, au moment des plus violentes douleurs, sont quelquefois portées si loin, qu'il suffit d'en avoir été témoin pour sentir qu'un pareil état touche de près aux affections convulsives, pour être convaincu que les convulsions doivent se rencontrer fréquemment chez les femmes en couche.

Les convulsions des femmes grosses, comme celles des autres femmes, peuvent être générales ou locales, n'affecter qu'un membre ou que les membres, la face ou quelque autre partie que ce soit isolément, ou bien mettre en jeu simultanément tous les muscles de la vie de relation.

Le plus souvent elles n'envahissent que les muscles qui sont habituellement soumis à la volonté. Dans certains cas, les viscères où la nature a fait entrer une membrane charnue, en sont également pris. Levret (1) parle d'une espèce de convulsions qui n'affecte que les muscles pleins et les sphyncters de ceux qui sont creux. C'est ainsi que le pharynx, l'ésophage, l'estomac, les intestins, la vessie, l'utérus lui-même, le cœur, et surtout le diaphragme, en sont parfois violemment tourmentés.

A. Convulsions partielles.

Les *convulsions partielles* sont assez rares, et je ne sais si parmi les exemples qu'on en rapporte, il n'en est pas un grand nombre qui devraient porter un autre nom. Nul doute qu'avec Miquel (2) on ne puisse attribuer les vomissemens opiniâtres de certaines grossesses à des mouvemens convulsifs de l'estomac; que les palpitations portées au point de soulever les vêtemens, comme Lemoine dit l'avoir vu, ne tiennent,

---

(1) *Art des accouch.* etc, 3e édit., p. 233, § 1223.

(2) *Traité des convulsions*, etc., p. 65, 75.

ainsi que le veut M. C. Baudelocque (1), à une sorte de convulsion du cœur; mais ces phénomènes n'en sont pas moins généralement compris et avec raison, sous d'autres désignations. C'est sous un autre aspect que les convulsions partielles se présentent le plus ordinairement.

Quoi qu'il en soit, on peut, comme pour les convulsions générales, en établir de deux espèces, de toniques et de cloniques. Les unes, en effet, celles que M. Dunaud (2) appelle *goutte crampes*, sont fixes et comme tétaniques; les autres sont alternatives et accompagnées de mouvemens plus ou moins bizarres. C'est par ces dernières que débutent souvent les convulsions avec sensation d'une boule qui remonte de l'hypogastre au gosier et qu'on remarque assez fréquemment dans les quatre premiers mois de la gestation. Bien qu'elles puissent se rencontrer chez l'homme, ainsi que M. C. Broussais (3) en cite un exemple, et que je viens d'en rencontrer un autre, ce n'en est pas moins, comme le dit M. Dubois d'Amiens (4), presque toujours l'utérus qui en est le point de départ. C'est par elles aussi qu'on explique un certain nombre de prétendus sortiléges, d'histoires de femmes possédées du démon, dévorées par un animal qui aurait pénétré dans leurs viscères.

I. *Des parois abdominales.* Dans quelques cas, ce sont les parois du ventre qui paraissent plus particulièrement affectées, ainsi qu'on le voit par l'observation suivante :

M. P. Dubois m'a dit avoir été témoin de convulsions partielles abdominales fort singulières. La femme était enceinte de cinq à six mois. Les parois du ventre se contractaient avec tant de force, que l'utérus en était complètement refoulé dans l'excavation. On voyait ensuite cet organe revenir brusque-

---

(1) *Thèse, sur les convulsions*, etc., n° 84, Paris 1822.

(2) *Thèse*, n° 158, Paris 1815

(3) Dubois d'Amiens, *Histoire philosophique de l'hystérie et de l'hypochondrie*, p. 265, Paris 1833.

(4) *Ibid.* p. 261.

ment à sa place et rebondir à la manière d'une balle élastique qu'on a lancée sur le sol. D'autres bosselures se montraient aussi dans les flancs, l'épigastre, la région ombilicale, et semblaient dépendre de la contraction spasmodique des viscères autant que de celle des parois du ventre. Cette femme a fini par guérir sans avorter.

II. *Des viscères.* Plus souvent ce sont les viscères seuls dont les contractions se trouvent perverties. En voici un des exemples les plus remarquables que je connaisse.

Une villageoise, âgée de 22 ans, d'une constitution sèche et nerveuse, accoucha très naturellement de son troisième enfant. Elle voulut se lever et travailler le septième jour; mais quelques douleurs dans le bas ventre l'obligèrent à se recoucher. Le dixième jour, elle fut effrayée des mouvemens qui s'opéraient dans son abdomen, et qui reparaissaient d'instant en instant avec une intensité nouvelle. Je fus appelé pour les examiner. Ils me surprirent presque autant que la malade. On voyait à travers les tégumens et les muscles, comme un globe qui se serait promené dans toutes les régions du bas ventre, tantôt vers l'excavation, tantôt aux flancs, d'autres fois à l'ombilic. Cette espèce de boule se transformait parfois en plusieurs bosselures qui traversaient avec bruit la cavité abdominale, dont les parois me semblèrent toujours conserver leur souplesse anormale. La malade s'imagina bientôt qu'elle avait un animal dans le corps, qu'elle était vouée à l'enfer. Enfin, elle devint complètement folle. On la fit entrer à l'hôpital de Tours, où elle mourut deux ans après, sans que ces singuliers mouvemens eussent entièrement cessé.

Le péritoine et les muscles étaient d'un noir d'ébène, quoique sains, dans la région hypogastrique. Les organes digestifs ne nous offrirent aucune altération. La matrice était comme lardée de petites tumeurs fibreuses; l'un des ovaires était dégénéré en kyste multiloculaire; il en était de même de la trompe correspondante.

III. *Du vagin.* Smellie et Plenck (1) prétendent avoir observé

(1) *Art des accouch.* p. 122, Miquel, p. 156.

des convulsions du vagin assez fortes pour empêcher l'enfant de sortir. M. Halma-Grand (1), M. Mondière (2), M. Nægèle disent, il est vrai, avoir senti le vagin se contracter au point d'engourdir la main de l'accoucheur pendant le travail; mais il n'est pas démontré qu'aucune erreur n'ait été commise dans quelques-uns de ces cas.

IV. *De la matrice.* Les convulsions partielles qui doivent le plus fixer notre attention sont celles de la matrice : elles ont été signalées de tout temps. On les observe pendant la grossesse, au moment du travail et après l'accouchement.

a. M. Alphonse Menard (3) dit en avoir vu *pendant la gestation* qui donnaient à l'utérus la forme d'une calebasse. M. C. Baudelocque (4) et M. Deneux (5) citent un cas où la matrice s'élevait, s'abaissait, se portait à droite, à gauche, avec une force surprenante. M. Ed. Petit (6) affirme que chez le sujet de son observation, elles étaient si violentes, que l'utérus, mû par les muscles du ventre, semblait à chaque instant se précipiter vers la vulve, et qu'il fallut le soutenir avec les doigts pour l'empêcher de sortir. Bien que mêlés d'un peu d'exagération, ces faits ont été recueillis par des contemporains trop instruits cependant pour qu'il soit permis de les révoquer en doute. On peut voir encore celui que relate M. Pacoud (7), et dans lequel la matrice devint le siége de mouvemens réels, d'une violente agitation.

b. Les convulsions de la matrice *pendant le travail* sont d'autant plus faciles à comprendre, que, dans la période d'expulsion, chaque contraction a quelque chose de véritablement convulsif. Envahissant parfois la totalité de l'organe, elles

---

(1) *Gaz. méd.* de Paris, 1831, p. 323.

(2) *Des rupt. de l'utér. Mémoire à la Soc. d'Émul.*, 1834.

(3) *Transact. méd.* tome IV, p. 246.

(4) Oper. citat. p. 36.

(5) Miquel, *Traité des convulsions*, etc., p. 108.

(6) *Bibliothèque méd.* tome XXIX, p. 171. Baudel. *th.* p. 82.

(7) *Compte rendu de la Maternité* de Bourg, 1825.

n'en comprennent le plus souvent qu'une région. Celles du col ont surtout été notées, soit à l'orifice externe ou vaginal, soit à l'orifice interne ou utérin. Il ne faudrait pas s'en laisser imposer cependant par ce qu'avancent les observateurs des contractions spasmodiques du col, avant que la tête ne soit arrivée dans l'excavation. C'est presque toujours près du corps de l'utérus, et non du côté du vagin, que la crampe, que la convulsion existe. Dans ce sens on ne la rencontre qu'après le passage de la partie qui se présente. Elle était si forte chez une malade, dit Mauriceau (1), qu'on arracha la tête de l'enfant. Saxtorph (2) a vu depuis qu'il en fut de même pour le tronc, dans un cas où le fœtus venait par le pelvis. Smellie en cite un autre où il ne fut pas possible d'extraire l'enfant sans vider le crâne. Baudelocque convient qu'à moins d'inciser le cercle coarcté, on écraserait plutôt la tête. Il ne fut pas possible une fois à M. Dubois (3) de passer outre pour aller aux pieds. Le forceps devint indispensable. M. A. Ménard (4) en relate un exemple bien plus intéressant encore. Le travail durait depuis quatre-vingt-seize heures. La tête avait été arrachée. L'accoucheur ne parvint que très difficilement à faire descendre les bras. La partie supérieure du col était appliquée sur le thorax à la manière d'un cercle de fer. Ce ne fut qu'après de longs efforts et de grandes difficultés que la main arriva enfin aux pieds. L'enfant était ascitique.

c. La *délivrance* ne met point à l'abri d'un pareil phénomène. Le chatonnement du placenta en est un effet. On en doit une observation curieuse à Girard (5) de Lyon. M. A. Ménard (6) en a recueilli une qui ne l'est pas moins. Les contractions existaient à l'état normal au-dessous du resserrement.

---

(1) C. Baudelocque, oper. citat. p. 55.

(2) *Ibid.*

(3) *Ibidem.*

(4) *Transact. méd.* tome IV, p. 246.

(5) *Journal général*, tome XLVIII, p. 266, 271.

(6) *Transact. méd.* tome IV, p. 247.

Dans le kyste, au contraire, elles étaient accompagnées d'un frémissement que l'accoucheur apprécia sans peine, et offraient véritablement les caractères convulsifs. J'ai moi-même observé plusieurs faits du même genre; mais je ne crois pas devoir m'y arrêter, parce que le resserrement convulsif ou spasmodique qui cause le chatonnement du délivre, forme un accident à part dont je n'ai point à m'occuper ici.

B. Espèces.

Les convulsions puerpérales, offrant différentes nuances, ont dû être comparées aux affections convulsives des autres états de la vie. Aussi en a-t-on établi de tétaniques, de cataleptiques, d'hystériques, d'épileptiques, d'apoplectiques, de choréiques. M. Merriman (1) n'en parle que sous le titre d'épilepsie, et Vogel (2) dit que c'est une épilepsie aiguë. M. Burns (3), qui en admet une espèce par épuisement, fatigue, lenteur du travail, hémorrhagie, dit que les plus fréquentes sont de la nature de l'éclampsie ou du tétanos (4) et, que celles-ci se trouvent dans la proportion de 100 à 1. Sauvages (5) voulant en faire une maladie distincte, leur imposa, comme Hamilton (6) l'a fait depuis, le nom d'*éclampsie*. Mais M. Dewees (7), qui en a fait le sujet d'un traité spécial en 1818, n'en continue pas moins (8) de les classer sous les trois formes : 1° *épileptique*; 2° *apoplectique*; 3° *hystérique*. Craignant (9) que cette diversité de noms ne fît prendre pour une

---

(1) *Synops. on difficult parturit.* etc., p. 139.

(2) Burns, *Principl. of midwif.* p. 483, 1832.

(3) *Ibid.* p. 481.

(4) Burns, *Principl. of midwif.*, p. 481, 1832.

(5) *Nosol. class.* 4 *ord.* 18, § 3.

(6) *Annals of medec.* vol. 5, p. 313.

(7) *Essays on puerperal convulsions*, etc.

(8) *Compendious syst. of midwif.* p. 497.

(9) C. Baudelocque, *Thèse* n° 84, Paris 1822, p. 8.

même affection plusieurs maladies différentes, et remarquant (1) que l'éclampsie des femmes en couches comprend plusieurs états, qui n'ont entre eux d'autre ressemblance que la perversion des mouvemens musculaires, M. C. Baudelocque (2) a cru devoir les réunir sous les titres de tétanos, d'épilepsie et de catalepsie. Pour moi, je crois, avec madame Lachapelle (3), que les convulsions des femmes enceintes, en travail et en couches, diffèrent le plus souvent du tétanos, de la catalepsie, de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'apoplexie, etc.; et je pense, avec Désormeaux (4), qu'il vaut mieux leur conserver le nom d'éclampsie, à moins qu'on ne préfère le terme de *dystocie convulsive*, usité par Young (5).

Des relevés statistiques plus nombreux et basés sur des masses plus considérables de faits que ceux qui font actuellement partie du domaine de la science, seraient indispensables à quiconque voudrait établir la fréquence soit absolue, soit proportionnelle de l'éclampsie. Gehler (6) dit que, sur plus de 300 accouchemens laborieux, il n'en a vu que 22 cas. M. Merriman (7), qui en signale 48 exemples, ne parle que d'environ 2,000 accouchemens, tandis que madame Lachapelle n'en indique que 67 observations, en y comprenant même 6 cas d'apoplexie, sur près de 38,000 femmes. Aussi M. Ryan (8) a-t-il pu dire que les convulsions puerpérales sont beaucoup plus communes en Angleterre qu'en France. Mais on voit, d'un autre côté, par les tableaux de M. Pacoud de Bourg (9), qui les a rencontrées 47 fois sur 11,208 accouche-

---

(1) C. Baudelocque, opér. citat. p. 22.

(2) *Ibid.* p. 23.

(3) *Pratique des accouch.* tome III, p. 16.

(4) *Dict. de Médecine*, tome VII, p. 292.

(5) Merriman, oper. citat. p. 147.

(6) *Bibl. de chir.* du Nord, tome I, p. 346-347.

(7) *Synops. on difficult. parturit.* 1816.

(8) *Compendium of gynæcol.* p. 519, 1831.

(9) *Comptes rendus de la la Maternité* de Bourg, 1823 à 1829.

mens, et celui de M. Hart (1), qui n'en cite que 6 sur 400, que cette différence pourrait bien être moindre qu'on ne serait porté à le croire d'après les relevés de M. Merriman et de madame Lachapelle. M. Gaitskell (2) n'en cite qu'un cas sur 400. M. Desjardins (3), au contraire, en indique 7 sur 1,000. Sur 3,000 accouchemens environ, M. Champion (4) en a rencontré 10.

Rien n'est donc variable comme de pareilles proportions. A moins de les établir sur une très grande échelle, comme aurait pu le faire M. Riecke (5), qui parle d'après 220,000 faits, on s'exposerait à de graves erreurs en voulant en tirer des conséquences rigoureuses. En ce qui me concerne, par exemple, je n'ai vu aucun cas d'éclampsie sur mille accouchemens qui se sont opérés sous mes yeux à l'hôpital de la Faculté ou à mon amphithéâtre, tandis que j'en avais observé plusieurs à la Maternité de Tours, et à l'hôpital Saint-Louis, où je m'en occupais avec moins de soin. J'ajouterai que sur moins de quinze cents parturitions j'en ai rencontré seize exemples dans la pratique civile.

Peut-être sont-elles plus fréquentes dans certaines années, dans de certaines conditions atmosphériques que dans d'autres. C'est un fait que Smellie (6) croit avoir constaté. M. Bouteilloux (7), qui en a fait aussi la remarque, dit avec madame Lachapelle (8) qu'à la Maternité de Paris elles sont parfois comme épidémiques ; qu'une femme en est rarement prise, sans qu'il n'en survienne bientôt après chez plusieurs autres.

L'époque de leur plus grande fréquence est incontestable-

---

(1) Dublin *hospital report*, etc., vol. V, p. 495.

(2) Meissner, *Progrès des accouch.* au 19e siècle.

(3) *Bulletins de la Faculté de méd.* tome VI, p. 415.

(4) *Corresp. privée*, Lettre du 6 mai 1834.

(5) *Archiv. gén.* tome XX, p. 76, tome XXII, p. 571.

(6) Lachapelle, *pratiq. des accouch.* etc., tome III, p. 6.

(7) *Thèse*, n° 228, Paris 1816.

(8) Oper. citat. tome III, p. 6.

ment celle du travail : alors même, ce n'est en général ni au début ni vers la fin, mais dans la longue période qui sépare ces deux extrêmes, qu'elles se manifestent, et surtout au moment où la tête franchit le col utérin.

M. A. Ménard (1) se trompe en affirmant qu'elles n'ont guère lieu qu'à terme pendant la grossesse. Il est plus exact de dire avec Chaussier (2), qu'elles se montrent surtout dans les deux derniers mois ; ou, ainsi que l'avance madame Lachapelle (3), qu'elles sont rares avant le sixième mois. J'en ai observé à six mois. A cinq mois elles sont déjà rares ; et, comme le veut M. Burns (4), celles qui arrivent dans les quatre premiers mois se rapprochent assez de l'hystérie, pour n'inspirer que peu d'inquiétude. Une jeune femme de l'hôpital Cochin, qui en fut prise à quatre mois, a cependant fini par y succomber. Il en fut de même dans un cas signalé par Willis (5). Après la délivrance on les observe aussi moins souvent ; si bien qu'un médecin, ancien interne de la Maternité, m'a dit n'en avoir pas vu un exemple sur trente cas d'éclampsie qu'il a recueillis.

Ceci ne peut être, toutefois, que l'effet d'une simple coïncidence ; car l'éclampsie n'est pas précisément rare après l'accouchement. Au reste, on pourra juger de ces diverses proportions par le tableau suivant :

I. Mauriceau (6), 42 cas.

Pendant la grossesse	7	dont	3 mortes.
Pendant l'accouchement	19		11
Après l'accouchement	16		5

(1) *Transact. méd.* tome IV, p. 245.

(2) *Convulsions des femmes enceintes*, Paris, 1824, p. 9.

(3) Oper. citat. tome III, p. 5.

(4) *Principl. of midwif.* p. 238.

(5) *Encyclop. méth.*, tome II, p. 248.

(6) Miquel, oper. citat. p. 155.

Pendant la gross. et le trav.	1	dont 1	morte.
Pendant le travail et après	2	1	

II. Merriman (1) 48 cas.

Après l'accouchement	6		
Pend. l'accouch. de Jum.	3	1	
Pend. l'acouch.	11	avec le forceps.	
Pend. l'accouch.	9 céphalotomies	2	mortes.
Pend. l'accouch.	4 versions	2	mortes.

Une est morte sans être accouchée.
14 sont accouchées sans secours. — 5 mortes.
Primipares, 36 ; guéries, 37 ; mortes, 11.
Enfans vivans, 17 ; morts, 34.

III. Mme Lachapelle (2), 67 cas.

Sur 15,652, 36 cas d'éclampsie, 4 apoplexies; forceps 12 fois, version 5 fois.

Sur 22,243, 25 éclampsies, 2 apoplexies, forceps 8 fois.

De ces 27 cas

23 ont eu lieu avant l'accouchement (3), 4 après. Sur 23 observations détaillées (4) on trouve 9 mortes.

IV. M. Pacoud. (3), 47 cas.

1823. — 2,341 acc.—2—	Pendant le travail	2
1824. — 1,615—7—	Avant l'accouch.	7
1825. — 1,710—8—	Pendant le travail	5
	Pendant la gross.	1
	Après la déliv.	2
1826.—2,341—16—	Pendant la gross.	6

---

(1) *On difficult. parturit*, 1826, p. 148.

(2) Oper. citat. tome III, p. 3 à 5.

(3) Dans son relevé, Mme Lachapelle ne sépare point la grossesse du travail, p. 4.

(4) De la p. 37 à la p. 84.

(5) *Maternité* de Bourg, 1823 à 1829.

		Pendant le trav.	7
		Après l'accouch.	3
1827. — 3,201 — 14—		Pendant la gross.	4
		Pendant le trav.	6
		Après l'accouch.	4

Totaux : — 11,208—47. Gross., 18; trav., 20; délivr. 9.

V. M. Desjardins (1), 7 cas.

Pendant le travail 5, après la délivrance 2; toutes guéries.

VI. M. Champion 10 cas.

Toutes primipares : guéries 7, mortes 3, enfans guéris 5.

VII. M. Velpeau, 21 cas.

Pendant la grossesse	7,	dont 2 mortes; guéries,	5.
Pendant le travail	5,	dont 2 mortes; guéries,	3.
Après la délivrance	9,	dont 4 mortes; guéries,	5.
Total.	21	8	13

C. Causes.

Les causes de l'éclampsie sont très-diverses; il en est de prédisposantes et de déterminantes.

I. Causes prédisposantes.

Bien qu'on l'observe dans toutes les saisons, à tout âge, dans toutes les classes de la société, sous toutes les températures, il est cependant vrai de dire que les personnes fortes, pléthoriques, qui ont la fibre sèche, la face très-animée, le col court, qui sont abondamment et fréquemment réglées, nerveuses, délicates, irritables, sujettes aux maux de nerfs; que les femmes jeunes ou qui se trouvent enceintes pour la première fois, sont plus exposées à l'éclampsie que les autres.

Les convulsions puerpérales dépendent, dit M. Merriman (2),

(1) *Bullet. de la Faculté de méd.* tome VI, p. 415, *et Nouv. Journal*, etc. août 1819.

(2) *On difficult parturit.*, etc., p. 141,

de l'irritabilité générale, de la distension de l'utérus, ou d'une surcharge de tout le système. Bien que plus communes chez les primipares, comme le veut M. Burns ( ), il s'en faut cependant qu'elles s'y rencontrent presque exclusivement, comme le donnerait à entendre M. Bouteilloux (2), dont les cinq observations appartiennent effectivement à cet ordre. L'éclampsie peut survenir à la deuxième, troisième, quatrième et même à la cinquième grossesse, non seulement chez les femmes qui en ont été prises à la première, comme chez celle dont parle M. Dewees (3), mais encore d'emblée et pour la première fois. M. Dumont (4) parle même d'une malade qui n'en fut prise qu'à sa onzième grossesse.

L'état de l'estomac et des intestins a semblé aussi pouvoir favoriser le développement des convulsions. C'est sur cette idée, sans doute, que se fondaient les praticiens qui ont tant fait usage des vomitifs et des purgatifs en pareil cas. Plusieurs auteurs anglais (5) sont encore de cet avis. Il en est de même de Chaussier qui, ayant remarqué (6) que, pendant l'accès, les femmes portent quelquefois la main avec violence vers l'épigastre, comme pour le déchirer, pense (7) qu'alors l'estomac doit être vivement irrité. C'est une opinion que semble aussi partager Miquel, mais qui n'est réellement admissible que pour un petit nombre de cas.

L'infiltration des membres pelviens surtout, est une autre cause d'éclampsie, qui a dû fixer l'attention des accoucheurs. Lorsque Demanet (8) l'annonça au commencement de ce siè-

---

(1) *Principl. of midwif.* p. 484.
(2) *Thèse*, etc., Paris, 1816.
(3) Merriman, oper. citat., p. 148.
(4) *Journal général*, tome III, p. 482.
(5) Burns, *principl. of midwif.* p. 484.
(6) Oper. citat. p. 12.
(7) *Ibid.* p. 7.
(8) *Journal gén.* tome IX, p. 110.

cle, il fut combattu par Fournier (1); parce qu'en effet les six observations qu'il en rapporte ne sont pas très-concluantes. Depuis, l'influence de cette cause a été de nouveau révoquée en doute par Miquel (2); c'en est cependant une des plus faciles à constater par l'examen des faits. Je ne pense pas qu'il faille se l'expliquer, en disant avec M. Lagarde (3), qui semble parler d'après Chaussier (4), que le refoulement des poumons pendant la grossesse empêche l'oxidation du sang; mais, comme madame Lachapelle (5), j'ai la conviction que les femmes infiltrées sont fortement exposées aux convulsions.

A ces causes générales il faut encore ajouter les causes spéciales.

a. Pendant la grossesse. Dans le cours de la gestation, l'éclampsie est en quelque sorte préparée par le travail de chaque jour.

Les modifications profondes que la conception imprime à tout le système nerveux chez beaucoup de femmes, y prédisposent évidemment dans les premiers mois. Seulement les convulsions, étant alors presque entièrement nerveuses, sont loin d'offrir constamment les divers caractères de l'éclampsie. C'est de celles-là sans doute que veut parler madame Lachapelle (6), quand elle dit que chez les femmes nerveuses, les convulsions ne sont pas plus suivies de coma que l'hystérie. C'est tout au plus dans ce cas aussi que M. C. Baudelocque (7) serait autorisé à soutenir que les convulsions ne sont jamais dangereuses, quand elles dépendent d'une grossesse dépourvue de complications.

La suppression des règles, qui retient nécessairement dans

---

(1) *Journal général*, tome IX.

(2) Oper. citat. 39.

(3) *Thèse*, etc. ou C. Baudelocque, p. 87.

(4) Mme Lachapelle, tome III, p. 8.

(5) *Ibid.* p. 6.

(6) Oper. citat. tome III, p. 16.

(7) Oper. citat. p. 41.

le sang des matériaux destinés à être expulsés, augmente à son tour la disposition des femmes aux irritations. L'utérus, bientôt ramolli, imbibé de fluides, devient le siége d'une activité trop grande pour ne pas réagir puissamment sur tout l'organisme, par l'intermédiaire du système nerveux. Les vomissemens, les palpitations, que ses moindres altérations font naître si souvent, expliquent assez comment il peut aider alors au développement des convulsions. Le volume qu'il acquiert plus tard en fait encore une cause plus active de troubles et de maladies. La pression qu'en ressentent les gros troncs vasculaires et nerveux du bassin ainsi que l'aorte (1), produit des changemens tels dans la circulation et l'innervation, que les congestions, les excitations cérébrales n'ont plus rien de surprenant. En pressant le col de la vessie, il peut causer une sorte de rétention d'urine accompagnée de douleurs vives, et conduire ainsi à l'éclampsie, comme chez une des malades de De La Motte (2) ou de Leake (3). Aux sympathies qui l'unissent à l'estomac et sur lesquelles insiste De La Motte (4), on est obligé de joindre alors le refoulement mécanique de ce dernier organe, et par suite celui du diaphragme et des poumons, ainsi que du cœur; de là, dit M. A. Ménard (5), les crampes épigastriques des derniers temps de la grossesse. C'en est du moins assez pour que des causes occasionnelles, qui autrement fussent restées sans effet, pervertissent le principe des contractions organiques. L'inanition où tombent quelques femmes par suite des vomissemens est encore une cause de convulsions, dit Levret (6), et des plus graves.

b. Pendant le travail. L'éclampsie au moment de l'accouchement est, quoi qu'en dise Gardien (7), favorisée par la disten-

(1) Deleurye, *Art des accouch.* p. 136, § 457.
(2) *Traité complet des accouch.* p. 383 à 387.
(3) *Pract. obs.* vol. II, p. 344, ou Burns, p. 386.
(4) *Traité complet des accouch.* p. 93, ou Miquel, p. 49.
(5) *Transact. méd.* tome VI, p. 178.
(6) *Art des accouch.* p. 232, § 1221.
(7) *Traité complet*, etc. tome II, p. 401.

sion extrême de l'utérus par la gêne qu'éprouvent les fluides à traverser cet organe, par la rigidité, la dureté, la contraction spasmodique de son col, l'excès de sensibilité de toute sa substance ; par la dureté insolite des membranes, la surabondance des eaux, la présence de deux fœtus, la mauvaise position de l'enfant et toutes les circonstances mécaniques capables d'empêcher ou de retarder l'accouchement. L'agacement que causent les douleurs préparantes et les premières douleurs expultrices y prédispose surtout. Dans ce moment, ce n'est ni par la pression des nerfs, ni en refoulant les fluides vers le crâne, que le travail expose aux convulsions, mais bien par les changemens profonds qui viennent de s'effectuer dans ses fonctions. Un examen attentif des choses démontre bientôt que la douleur pendant le travail réside essentiellement dans l'utérus, et non dans les nerfs du bassin, comme le veut Leroux (1), ni dans les autres parties voisines, comme le prétend Girard (2); que les contractions utérines enfin sont réellement douloureuses par elles-mêmes, contrairement à l'opinion de MM. Devees et Power (3). Or, un état pareil ne s'établit point au sein de l'organisme sans éveiller de nombreuses irradiations, sans ébranler plus ou moins les principaux systèmes généraux, le système sanguin, et le système nerveux surtout.

C. Après l'accouchement. Immédiatement après être délivrée, la femme est sous l'influence de modifications non moins importantes que pendant le travail. La déplétion brusque de l'abdomen change subitement les rapports de tous ses organes. Le sang qui parcourait avec tant de peine le système aortique inférieur, s'y précipite à pleins canaux, et avec d'autant plus de liberté que les viscères ne sont pour ainsi dire plus soutenus par rien. La grossesse et le travail excitent le système encéphalo-rachidien en y refoulant les fluides. La délivrance trouble les fonctions de cet appareil en le privant trop brusquement de son stimulus naturel.

---

(1) *Des pertes de sang*, p. 42. Miquel, p. 90.

(2) *Journal général*, tome XLVIII, p. 265.

(3) Ryan, *Manual of midwif*, etc.

D'ailleurs, le travail puerpéral de la matrice n'est pas fini avec la sortie de l'œuf. Une partie des liquides qui se trouvent combinés avec sa substance, vont rentrer, plus ou moins altérés, dans le torrent circulatoire. Ceux qui s'épanchent à son intérieur et qui s'y décomposent si rapidement, sont dans le même cas. Plus fortement irrité, dans un état plus voisin de la maladie que pendant sa distension, cet organe ne se contracte plus avec la même innocuité. Sa réaction sur les portions de membranes, de placenta, sur les caillots qui peuvent être restés dans sa cavité, se transforment souvent en phénomène morbide qui retentit facilement au loin. Enfin, après le bouleversement amené par la gestation et le travail, l'équilibre, qui tend naturellement à se rétablir, ne peut le faire sans imprimer de nouvelles secousses à la puissance nerveuse.

II. Causes occasionnelles.

On a donné comme cause de convulsions, un air impur, chargé d'odeurs, trop rarement renouvelé; les chaleurs de l'été, une température artificielle trop élevée, la colère, la tristesse, les chagrins, une nouvelle inattendue, la joie et toutes les émotions vives; le défaut de sommeil, la fréquentation des bals, des spectacles, le travail de la nuit, l'abus des bains, des boissons chaudes, du café, du thé, des liqueurs spiritueuses, des mets épicés ou de haut goût. Un régime succulent, et tout ce qui augmente l'afflux du sang vers la tête; le coït, la suppression d'un cautère, d'un écoulement habituel quelconque; l'usage des corsets, de vêtemens trop serrés, le manque d'exercice, ont été aussi rangés parmi les causes de l'éclampsie. On y a joint encore l'habitation des pays chauds, la sommeil trop long-temps prolongé, l'oisiveté, l'usage des élixirs, des teintures alcooliques; l'habitude de rester au lit plus qu'il ne convient, les variations atmosphériques, et ces mille causes banales qui semblent produire tous les maux, parce qu'elles n'en font naître nécessairement aucun.

Personne ne peut nier que de telles circonstances n'aient quelquefois déterminé l'éclampsie; mais il est incontestable

aussi que cette maladie survient souvent sans qu'il soit possible d'en donner une raison satisfaisante.

C'est bien gratuitement, il me semble, que de la Motte (1) et M. C. Baudelocque (2) en accusent la présence d'un garçon plutôt que celle d'une fille dans la matrice pendant la grossesse. La vue d'un épileptique, d'un hystérique (3), n'en deviendrait cause déterminante qu'à la manière de toute autre émotion vive, ou par l'influence de l'imitation.

A. Pendant la grossesse. Toutes les causes d'avortement peuvent occasionner les convulsions. Il en est de même de l'implantation du placenta sur le col, par les hémorrhagies et l'infiltration qui en résultent souvent. Le molimen menstruel semble en devenir aussi la cause chez certaines femmes. Que ce soit sous l'influence de ce molimen ou de toute autre manière, toujours est-il que, dans les deux derniers mois surtout, l'utérus devient le siége d'un frémissement parfois assez douloureux aux époques des règles, et que cet état est fréquemment accompagné des prodromes de l'éclampsie. C'est un fait que j'ai constaté plusieurs fois, et que Chaussier (4) avait déjà signalé. Baudelocque (5) parle également d'une femme dont les attaques correspondaient toujours à une époque menstruelle.

B. Pendant l'accouchement. Au moment du travail, l'éclampsie peut être déterminée par des causes extrêmement variées: par la présence d'un calcul dans la vessie, d'une tumeur dans l'excavation pelvienne; par un polype, un cancer de la matrice; par l'occlusion, la coarctation anormale du col. Elle était due à la présence d'un croissant fibro-cartilagineux dans le haut du vagin, chez la malade de M. Dunand (6). La per-

---

(1) *Traité complet des accouch.*, *etc.*, 1721.

(2) *Thèse*, etc. p. 61.

(3) Schultz, etc. ou C. Baudelocque, *oper. cit.*, p. 63.

(4) *Des convulsions des femmes enceintes*, p. 14.

(5) Gardien, *Traité complet des accouch.*, tome II, p. 404.

(6) *Thèse*, n° 158, Paris, 1813.

sistance de l'hymen, l'agglutination de la vulve, l'oblitération du vagin pourraient en faire autant. Il en est de même du volume disproportionné, des positions vicieuses du fœtus et de la matrice, de l'application du forceps et de la version, de toutes les opérations tocologiques. La mort de l'enfant est encore, dit-on, une cause de convulsions; mais une circonstance qui les produit souvent, c'est la rupture soit de l'utérus, soit de son col.

C. Après l'accouchement. Lorsque l'accouchement est terminé, les convulsions dépendent quelquefois d'une perte abondante, ainsi que je l'ai vu deux fois. L'inversion de la matrice en est alors une des causes les plus ordinaires. Dans le cas de Mauriceau (1), il y avait une hémorrhagie, et le renversement ne comprenait que le fond de l'organe, qui était déprimé en cul de fiole.

Un accouchement trop brusque peut aussi les faire naître. Rien ne les cause plus souvent que la rétention du placenta ou de quelques-unes de ses portions. A cet égard, M. Bouteilloux (2) va même jusqu'à partager les craintes de la Motte, et croit que la présence de quelque corps étranger dans la cavité utérine en est la cause la plus commune après la délivrance.

Sans nier que la *métrite* ne puisse aussi les amener, je ne crains pas de dire cependant qu'elle n'en est la cause ordinaire ni pendant la grossesse, ni pendant le travail, ni après l'accouchement. Cette maladie se montre avec un autre ordre de symptômes que ceux qui précèdent quelquefois l'apparition des convulsions. Quand on voit l'éclampsie éclater comme la foudre chez une femme robuste et bien portante, il est difficile de croire à une métrite préalable, qui en serait la condition indispensable, selon M. Krimer (3). Les six exemples avec autopsie, que rapporte cet auteur à l'appui de son opi-

---

(1) Obs. 250. C. Baudelocque, p. 48. Levret, *Accouch*, *labor.* p. 463.

(2) *Thèse*, etc., 1816.

(3) Meissner, de *l'Art des Accouch.* au 19e siècle, etc.

nion, déjà émise d'ailleurs par Autenrieth (1), ne doivent donc être accueillis qu'à titre de simple coïncidence.

C. Symptômes et marche.

L'accès d'éclampsie est annoncé, chez quelques femmes, par divers signes avant-coureurs, tels que des bouffées de chaleur à la tête, des étourdissemens, du trouble dans les idées, des hallucinations, de la gêne dans les mouvemens, des inquiétudes dans les membres, un air d'hébétude, un regard effrayé, de la rougeur à la conjonctive, à la face tout entière, un certain degré de gonflement du cou et du visage, de la céphalalgie, des vertiges, de l'embarras dans la parole, un éclat vif des yeux, de l'irrégularité dans le pouls, de légers mouvemens convulsifs des muscles de la figure, des soubresauts dans les tendons des membres. Une femme, qui en fut prise à la Maternité, fit naître dans l'esprit des élèves, à son entrée, l'idée qu'elle était ivre (2); mais on le voit bien souvent aussi paraître d'une manière brusque et inopinée, et débuter tout-à-coup par les symptômes les plus alarmans.

D. Histoire générale.

Ces préludes ont donc été à tort regardés comme constans par Deleurye (3) et M. Dewees (4). Le mal de tête, sur lequel ce dernier auteur insiste tant, et que Puzos et Hamilton (5) ont signalé avant lui, ne s'en est pas moins observé très fréquemment en effet. Une femme, dit-il, qui se mit à crier : « *Ma tête! ma tête!* » fut prise de convulsions et mourut en peu d'heures. Ce que M. Ménard (6) avance de l'apoplexie,

(1) Meissner. de l'Art. des accouch. au 19e siècle, etc.

(2) C. Baudelocque, *these*, etc., p. 13.

(3) *Traité des accouch.* etc., p. 136.

(4) *Compend. system. of midwif.* etc., p. 498.

(5) Ryan, *Manual of midwif.* p. 518.

(6) *Transact. méd.* tome IV, p. 41.

doit s'entendre aussi de l'éclampsie. Elle se prépare pendant la grossesse, dit-il, et n'éclate que vers la fin. Une malade, qui avait des douleurs errantes ainsi que de la céphalalgie depuis le sixième mois, et qui accoucha heureusement, fut prise de convulsions apoplectiques le troisième jour, et mourut le sixième (1).

Denman (2) et d'autres ont attaché beaucoup d'importance à la douleur d'estomac. Les convulsions qui s'annoncent ainsi seraient même pires, d'après lui, que celles qui débutent par le mal de tête. J'ai noté aussi ces deux symptômes chez plusieurs femmes; mais ils manquaient chez le plus grand nombre. Il est d'ailleurs singulier que Chaussier et madame La Chapelle, qui observaient dans le même établissement, aient émis chacun une opinion opposée sur la fréquence des signes précurseurs de l'éclampsie. Le premier (3) de ces auteurs veut, en effet, qu'ils existent presque toujours, et le second (4) dit qu'ils manquent souvent.

Quelques femmes éprouvent dans l'hypogastre un poids, une dureté, une sensation douloureuse même, quelques semaines, quelques jours, ou seulement quelques heures avant l'accident. C'est un signe que j'ai rencontré trois fois d'une manière bien tranchée, et qui n'a pas suffisamment fixé l'attention. Si on porte la main sur l'utérus, à travers les parois du ventre, on le trouve alors souvent dans une sorte de contraction tonique, resserré et sensible à la moindre pression.

Souvent, néanmoins, ainsi que je l'ai déjà dit, la femme tombe subitement sans connaissance, et semble ne se réveiller un instant que pour entrer dans la plus violente agitation. Les membres se tordent, se contractent, se fléchissent et s'étendent avec une rapidité, une force étonnante; le tronc se ren-

---

(1) *Transact. méd.* tome IV, p. 242.

(2) *Introd. à la pratiq. des accouch.* ou Merriman.

(3) *Convuls. des femmes en couches*, p. 10.

(4) *Pratiq. des accouch.*, etc. tome III, p. 8.

verse sur son plan postérieur, comme pour rapprocher l'occiput des talons, qui finissaient par se toucher dans un cas observé par Baudelocque (1). Les mains se portent avec énergie vers la poitrine ou l'épigastre, qu'elles frappent et semblent parfois déchirer avec colère; les traits de la face se décomposent, se convulsent; les lèvres, tiraillées en sens divers, se meuvent de la manière la plus bizarre; les yeux roulent, s'agitent, se renversent dans leurs orbites. Les battemens des carotides, des artères temporales, se voient à travers la peau. Les jugulaires se gonflent, le cou et le visage se tuméfient, se colorent au point de devenir pourpres; il semble que les yeux vont sortir de la tête; la bouche se remplit d'eau écumeuse, qu'elle lance quelque foisau loin sur les assistans; la langue, irrégulièrement agitée, est souvent pincée, et même violemment mordue, par suite des grincemens de dents et des mouvemens spasmodiques des mâchoires. Le diaphragme, par ses contractions précipitées, amène les sanglots, les menaces de suffocation, et chasse hors de la bouche et du nez, les matières qui s'y étaient accumulées. L'estomac et les intestins, la vessie et l'utérus lui-même, quand ils deviennent le siége de pareils mouvemens, produisent le vomissement, l'expulsion involontaire des matières fécales, des urines, et parfois celle de l'œuf, avec une promptitude extrême. Enfin, on dirait, dans certains cas, que tous les viscères participent aux mouvemens désordonnés des membres. D'autres fois, la face et le reste du corps passent, pour ainsi dire, avec la rapidité de l'éclair, de cet état d'agitation et de vive coloration, au calme le plus absolu, et tombent dans une pâleur mortelle. A la fin, et plus ou moins promptement, la congestion cérébrale amène le coma qui succède en général aux syncopes et à la perte de connaissance.

La durée de l'accès n'est pas moins variable que son intensité. Elle est, dans quelques cas, de cinq, de dix minutes, d'un quart-d'heure seulement; tandis que, dans d'autres, elle

---

(1) *Art des accouch.*, etc., Gardien, tome II, p. 405.

est d'une demi-heure ou même d'une heure, avant que la connaissance ne revienne. Elle peut être aussi d'une demi-journée, et même de 24 heures. Si le coma ne survient pas, la perte de connaissance peut se prolonger au-delà de plusieurs jours, et se terminer néanmoins par le rétablissement complet et prompt de la santé.

Le plus souvent les accès sont multiples; celui qui doit suivre est assez souvent indiqué, disent Croft et M. Merriman (1), par une lenteur très prononcée du poids. J'ai constaté comme eux l'existence de ce phénomène remarquable.

Un clignotement rapide des paupières, des mouvemens répétés de la mâchoire inférieure, l'injection du visage, des inflexions et des extensions de la tête, puis la contorsion des membres reviennent bientôt, et sont suivis d'un état de torpeur en général plus long que la première fois, et qui disparaît néanmoins soit définitivement, soit pour faire place à un nouvel accès; on voit aussi cet accès revêtir tous les caractères de l'apoplexie et déterminer la mort.

Il arrive encore que certaines fonctions restent perverties après sa disparition. Tantôt c'est la vision ou l'audition, ou l'olfaction, ou quelques-unes des facultés intellectuelles qui ont subi les plus graves atteintes; tantôt ce sont des déchirures internes, des épanchemens particuliers qui éloignent l'organisme de son état normal. M. Burns (2) parle, d'après Finney (3), d'une malade qui s'était ainsi luxé la mâchoire.

Quand la femme revient à elle, fatiguée, abattue, les membres brisés comme après un long et violent exercice, étonnée de l'état où elle se trouve, elle ignore quelquefois tout ce qui vient de se passer, a de la peine à croire ce qu'on lui raconte, n'a nulle notion des mouvemens extraordinaires exécutés par toutes les parties de son corps, des cris violens qu'elle a proférés. On en cite même qui sont accou-

---

(1) *Synops. on difficult parturit.*, p. 147.

(2) *Princípl. of midwif.* p. 482.

(3) *Med. Comment.* vol. IX, p. 380.

chées sans s'en apercevoir, qui, après l'accès, ne pouvaient comprendre qu'elles fussent réellement délivrées.

Des taches noires, de véritables contusions, des douleurs plus ou moins vives se manifestent graduellement sur toutes les parties qui ont été frappées avec une certaine force.

E. Terminaisons.

L'éclampsie se termine par le rétablissement de la santé, par la mort, ou en faisant naître une autre maladie.

1° *Retour à la santé.* Quand la guérison doit survenir, les accès s'éloignent de plus en plus ; s'ils se rapprochent, c'est en se prolongeant de moins en moins. L'assoupissement, la torpeur, le coma se dissipent par degrés, et la femme semble sortir d'un long rêve.

2° *Progrès et mort.* Si la tête s'embarrasse de plus en plus, au contraire, si les attaques augmentent d'intensité en se prolongeant, si les symptômes comateux l'emportent sur les phénomènes convulsifs, la mort est à craindre. Elle arrive d'ailleurs après une durée fort variable. Denman (1) cite une femme qui mourut au bout de 35 minutes. Celle de M. Schedel (2) n'a pas survécu 12 heures. Celle de Hamilton (3) fut prise à 9 heures du soir, et succomba à 10 heures le lendemain matin, quoiqu'elle ne fût enceinte que de 8 mois. Chaussier (4) en a vu périr une en 21 heures. Une des malades de M. Dewees (5) ne résista que peu d'heures, et celle de M. Shaw (6) mourut en 34 heures, bien qu'elle eût perdu 82 onces de sang : mais alors il est probable qu'un épanchement s'est opéré dans le cerveau, ou qu'il s'est opéré quelque déchirure.

Il est bon de remarquer en effet que l'éclampsie a plusieurs

---

(1) *Introduct. à la pratiq.* tome II, p. 432.

(2) *Archiv. gén.*, tome XVI, p. 497.

(3) *Littér. méd. Etrang* mars 1806. C. Baudelocque, p. 59.

(4) *Des Convulsions*, etc., p. 8.

(5) *Compend. of midwif.* etc., p. 498.

(6) *Ibid.* p. 501.

fois produit la rupture de l'utérus, ainsi que Malacarne (1) en relate un exemple, et que Hamilton (2) en a fait connaître un autre. M. Deneux (3) semble même admettre que la plupart des déchirures de matrice dépendent d'une convulsion partielle de cet organe. Cette dernière terminaison ne peut avoir lieu, bien entendu, que pendant la grossesse, tandis que la terminaison apoplectique se remarque aussi, assez souvent même après le travail. C'est ainsi sans doute que la mort eut lieu chez cette femme dont parle M. C. Baudelocque (4), et qui, accouchée depuis six semaines, fut prise de convulsions le soir et mourut tout-à-coup dans la nuit. Du reste, j'ai trouvé, comme Deleurye (5), qui en fait alors une apoplexie laiteuse, et Miquel (6), que l'éclampsie se termine moins souvent d'une manière fâcheuse après qu'avant l'accouchement, bien qu'Astruc (7) et Tissot (8) aient prétendu le contraire.

Le *raptus* violent qui se fait à chaque accès vers la tête permet de pressentir en outre que la substance cérébrale en sera plus ou moins ébranlée : aussi l'éclampsie est-elle assez souvent le point de départ des lésions qui conduisent à la manie, au ramollissement du cerveau, à diverses sortes de paralysies. Une des femmes traitées par M. Merriman (9) devint folle, et mourut quelques semaines après dans de nouvelles attaques. De la Motte (10) en cite une qui resta paralysée des membres. C'étaient seulement les muscles de la langue chez une des ma-

---

(1) *Journal gén.*, tome LIX, p. 90, 91. Miquel, p. 117.

(2) *Maladies des femmes*, p. 150. C. Baudelocque, p. 54.

(3) Miquel, *oper. citat.* p. 108.

(4) *Thèse*, etc., p. 60.

(5) *Traité des accouch.* p. 358-365.

(6) *Traité des Convulsions*, etc. p. 136.

(7) Lachapelle, *oper. citat.* tome III.

(8) Bouteilloux, *Thèse*, 1816.

(9) *Oper. citat.* p. 147.

(10) *Traité complet des accouch.* p. 382.

lades de Mauriceau (1). Dans un autre cas (2), il en résulta une simple amaurose. Amand (3) parle d'une accouchée qui se rétablit ainsi avec perte de la mémoire. Quelques-unes conservent une céphalalgie presque continuelle.

L'accumulation des fluides au sein des viscères, et les pressions brusques et inégales que leur font subir les mouvemens convulsifs, exposent en même temps les malades à nombre de congestions et de phlegmasies. Madame Lachapelle (4) dit que beaucoup de femmes affectées d'éclampsie finissent par mourir de péritonite, et M. Ciniselli (5) vient de publier un fait à l'appui de cette assertion.

Une grosse fille qui, sans être enceinte, éprouva plusieurs attaques violentes de convulsions éclamptiques, resta complètement paraplégique à la suite d'un de ses accès. Une malade que j'ai vue avec M. le baron Larrey conserva un engourdissement voisin de la paralysie dans l'une des jambes, pendant six semaines.

Il est possible encore que des inflammations surviennent au bout de quelques jours par suite de la médication employée. La dame dout je viens de parler en a offert la preuve. Elle fut prise, le deuxième jour de sa convalescence, d'un violent érysipèle sur toute l'étendue de la jambe, parce qu'on y avait appliqué des sinapismes qui n'avaient produit d'abord aucun effet. Désormeaux (6) raconte un cas à peu près pareil. La peau ne commença à rougir que le troisième jour de la suppression des cataplasmes rubéfians. C'est une circonstance qui doit se rencontrer assez souvent et qui mérite de fixer l'attention. Je ne sais s'il ne pourrait pas en être de même à l'intérieur, si

(1) *Maladies des femmes grosses*, obs. 581.
(2) *Journal gén.* tome III, p. 489.
(3) *Nouv. obs. sur les accouch.* obs. 76, p. 249.
(4) *Pratiq. des accouch.* tome III, p. 21.
(5) *Annal. univ. de med.* vol. LXIX, p. 471.
(6) *Dictionn. de méd.* tome VII, p. 292.

les membranes muqueuses, à peine irritées pendant les accès par les substances médicamenteuses ingérées, ne sont pas sujettes à devenir aussi le siége d'une réaction inflammatoire quand l'orage est calmé.

F. Pronostic.

Le pronostic de l'éclampsie est en général défavorable, et pour la mère et pour l'enfant. Aussi Hunter (1) dit-il n'avoir peur que de l'hémorrhagie et des convulsions dans les accouchemens.

I. *Du côté de la mère.* De l'aveu de la sage-femme en chef de la Maternité (2), malgré le traitement le plus rationel et le mieux entendu, la mort a lieu dans près de la moitié des cas. Lauverjat (3) prétend que la duchesse de Beaufort en mourut. Hunter et Lowder (4) disent qu'il en meurt plus de la moitié, et M. Dubois (5) la croit plus dangereuse que l'hémorrhagie. A en croire Parr (6) on perd six ou sept femmes sur dix. Jacob (7) prétend même qu'elles meurent toutes. M. Ryan (8) ne parle que d'un tiers. Un coup d'œil sur le tableau que j'ai donné plus haut prouvera que ces proportions ne sont pas toutes exagérées. Cependant je ne crois pas, comme madame Lachapelle (9), qu'abandonnée à elle-même, l'éclampsie soit constamment mortelle, ni avec Gehler (10), qu'on puisse en sauver 21 cas sur 22.

Moins grave, toutes choses égales d'ailleurs, pendant qu'avant le travail, elle l'est d'autant moins que la parturition se

(1) *Méd. éclairée par les sc. physiol.* etc., tome II, p. 188.

(2) *Pratiq. des accouch.* tome III, p. 18.

(3) *Nouv. méth. de pratiq. l'opér. césar.* p. 84.

(4) Merriman, *synops.* etc., page 138.

(5) Miquel, *oper. citat.* p. 66.

(6) *Méd. Dict.* etc., Merriman, *oper. citat.*

(7) *École prat. des accouch.* etc., et Merriman, *oper. citat.*

(8) *Manual of midwif*, p. 519.

(9) *Oper. citat.*, tome III, p. 18.

(10) *Thèse de Gusch.* présid. de Gehler, 1776.

trouve plus avancée au moment du premier accès. Comme la déplétion de l'utérus est souvent le seul moyen de faire cesser les accidens, il est évident que le danger des convulsions sera, sous ce rapport, en raison directe des dangers et des difficultés attachés à cette déplétion. Si le col utérin et la tête du fœtus, par exemple, sont disposés de telle sorte qu'il soit facile d'extraire l'enfant, la maladie sera bien moins inquiétante que si l'orifice était encore dur et non effacé. C'est ce dernier état qui en fait la gravité dans les trois derniers mois de la grossesse, lorsque rien n'annonce les préparatifs de l'accouchement. Quelques femmes en guérissent cependant alors, et accouchent ensuite d'enfans vivans et à terme. MM. Gasc et Landré-Beauvais (1) en ont fait connaître chacun un exemple concluant. On en trouve un autre dans le mémoire de M. Ciniselli (2). La femme, âgée de 17 ans, dans les convulsions depuis un mois, n'en accoucha pas moins d'un fœtus qui a continué de vivre, tandis qu'elle a succombé, elle, après la cessation de l'éclampsie, à une violente métro-péritonite. Alors les accès ne sont ni très violens ni très rapprochés. Autrement, il faut que l'utérus se vide ou que la femme succombe. Si la femme peut aller jusqu'à terme, il est possible cependant, ainsi que Levret (3) et Lauverjat (4) en font la remarque et que je l'ai vu aussi, qu'elle entre franchement en travail, au point de voir disparaître tous les accidens.

Pendant le travail, l'éclampsie se termine quelquefois par une expulsion brusque de l'enfant. Gardien (5) cite un cas où l'accouchement se fit en trois douleurs. Je ferai même remarquer avec Chaussier (6) que l'utérus reste alors dans une contraction presque permanente, et que cette contraction redouble

---

(1) C. Baudelocque, *Thèse*, p. 75, 76.

(2) *Annal. univ. di méd.* vol. LXIX, p. 468.

(3) *Art des accouch.* 3e édit., p. 463.

(4) *Nouv. méth. de pratiq. l'opér. césar.* p. 96.

(5) *Traité complet des accouch.*, t. II, p. 406.

(6) *Des convulsions*, etc. p. 14.

à chaque accès; de façon que les convulsions agissent, pour ainsi dire, à la manière du seigle ergoté. Je me hâte d'ajouter toutefois que les convulsions qui semblent partir de l'utérus sont seules dans ce cas.

Celles qui se manifestent chez les femmes hystériques, épileptiques ou d'une grande susceptibilité nerveuse, ou qui se rapprochent le plus de ces deux affections par leurs formes; celles dont les accès sont courts, ou séparés par des intervalles bien tranchés de calme et le rétablissement de toutes les fonctions, sont moins redoutables que celles qui n'ont aucune analogie avec l'état nerveux antérieur de la femme, qui surviennent chez les personnes sanguines, pléthoriques, ou dont tous les organes sont surchargés de sérosités. Les convulsions qui sont accompagnées de phénomènes apoplectiques, de coma, de sterteur ou de perte entière de connaissance dans l'intervalle des accès, sont extrêmement graves. Il en est de même de celles encore qui ne sont que le symptôme d'une maladie organique plus ou moins ancienne du cerveau, du poumon, du cœur ou de quelque autre organe important, et que la grossesse a plus ou moins fortement aggravée.

II. *Du côté de l'enfant.* L'enfant court encore plus de danger que la mère. D'abord il meurt souvent au milieu des mouvemens extraordinaires qui caractérisent chaque accès. Ensuite toutes les fois que l'avortement arrive, sa vie ne peut se maintenir. Il en est ordinairement de même lorsque l'accouchement prématuré ne peut être évité. Dans les accouchemens forcés, même à terme, le fœtus succombe aussi fréquemment. Néanmoins, il n'est pas exact de dire, avec Deleurye (1), Boer (2) et Désormeaux (3), que les convulsions graves des femmes enceintes entraînent presque toujours la perte de l'enfant. Trois ou quatre accès ne suffisent pas pour le tuer,

---

(1) *Traité des accouch.*, *p.* 264.

(2) Merriman, *synops.*, etc., p. 142.

(3) *Dict. de méd.*, tome VII, p. 293.

comme le croit Lemoine (1). Il vient ordinairement mort pendant la grossesse, ainsi que le dit M. Dugès (2); mais cela tient à ce qu'il ne peut sortir alors, ou être extrait, que longtemps après l'apparition du mal. Pendant le travail, on le sauve assez souvent, au contraire, parce qu'il est parfois expulsé spontanément sans trop de difficultés, et parce qu'on peut l'amener avec le forceps ou par la version avant qu'il n'ait cessé de vivre. Il peut vivre, dit M. Ménard (3), si la délivrance est prompte; autrement il meurt. Je ne crois pas, du reste, que sa mort, en pareil cas, soit aussi souvent que M. C. Baudelocque (4) paraît le croire, le résultat des efforts qu'on fait pour l'extraire.

G. Anatomie pathologique.

Après la mort, l'examen des cadavres est loin de donner toujours une explication satisfaisante de la gravité des symptômes. Une petite quantité de sérosité dans les ventricules du cerveau; les veines et les sinus encéphaliques plus ou moins engorgés; les méninges et la substance cérébrale un peu rouges ou dans l'état naturel; quelquefois des traces évidentes de congestions, un léger épanchement sanguin; plus souvent aucune lésion appréciable, voilà tout ce que M. Merriman (5) dit avoir rencontré dans le crâne. Les autres cavités splanchniques n'ont jamais offert non plus de lésion constante. Le cœur flasque, presque vide, les poumons engoués ou pâles; quelques onces de sérosité citrine ou rougeâtre dans les membranes séreuses, sont les altérations principales que Denman (6) a signalées. Cependant, après la délivrance, l'abdomen lui a, dit-il, offert des traces variées de phlegmasies. Hewson (7),

---

(1) Burton, trad. franç., p. 401.

(2) *Dict. de méd. et de chir. prat.* tome VI, p. 543.

(3) *Trans. méd.* t. IV, p. 240.

(4) *Thèse*, etc., p. 83.

(5) *Synops. on diff. parturit.* p. 147.

(6) *Introd. à la pratiq.* etc., t. II, p. 421, 422.

(7) *Ibid.*, p. 422.

Hooper (1), Ley (2) ont néanmoins rencontré chacun un exemple d'épanchement assez considérable dans le crâne de femmes mortes de convulsions.

M. Bouteilloux (3), qui rapporte plusieurs exemples d'autopsies, dit n'avoir rencontré non plus aucune altération manifeste. M. Cruveilhier (4), dont on ne récusera pas le témoignage en pareille matière, affirme que, dans un cas, les vaisseaux n'étaient pas même engorgés. Madame Lachapelle (5) tient le même langage; elle annonce formellement que si l'apoplexie ne s'y est pas jointe les altérations organiques ne sont point en rapport avec l'intensité des accidens. Un peu de sérosité dans les ventricules, un engorgement douteux des vaisseaux sanguins, forment ce qu'elle a rencontré de plus constant. On voit dans sa deuxième observation (6) que de la sérosité s'était épanchée dans les ventricules cérébraux, dans les plèvres et le péricarde tout à la fois: mais ceci semble être l'effet bien plutôt que la cause réelle de la maladie.

M. C. Baudelocque (7) remarque également que l'éclampsie ne laisse souvent aucune lésion appréciable sur le cadavre; que le tout se réduit à un engorgement sanguin, à de la sérosité dans les ventricules, à quelques lésions organiques préexistantes, et qu'on est obligé de rechercher la cause du mal dans un état nerveux indéfinissable. M. Ciniselli (8) dit positivement aussi qu'on ne trouva rien de particulier dans le rachis ni dans le crâne de la malade qu'il a observée.

Ce n'est pas cependant, comme on l'a déjà vu, qu'il ne se

---

(1) Merriman, *oper. citat.*, p. 147.
(2) *Ibid.*
(3) *Thèse*, n° 155, Paris, 18.6.
(4) *Distrib. des prix à la Maternité*, 1831, p. 31.
(5) *Oper. citat.*, t. III, p. 23.
(6) *Ibid.*, p. 40.
(7) *Thèse citée*, p. 65.
(8) *Annal. univ. di méd.*, vol. LXIX, p. 472.

rencontre jamais de sang épanché dans le cerveau. Aux exemples que j'en ai relatés plus haut, il serait aisé d'en ajouter un certain nombre d'autres. Chez une femme qui mourut e convulsions pendant le travail, Targioni (1) trouva le ventricule gauche plein de sang. Marchais (2) en a ouvert une qui était morte quinze jours après la délivrance; un caillot, du volume d'une noisette, existait près du rocher dans l'hémisphère droit de l'encéphale, et la substance cérébrale était ramollie autour. Le ventricule droit était aussi rempli par un caillot de sang noir chez le sujet de la première observation de madame Lachapelle (3). Il en était de même dans celle de M. Leloutre (4) et dans celle de M. Schedel (5). La couche optique et le corps strié étaient comme lardés de petits caillots, chez l'un des sujets dont parle M. Menière (6). Enfin il y avait un épanchement énorme dans les ventricules d'un sujet dont M. Pinel Grandchamp m'a communiqué l'observation. Je ne puis omettre d'ajouter néanmoins que toutes ses observations se rapportent à des cas d'apoplexie précédée ou compliquée d'éclampsie, et non aux convulsions puerpérales proprement dites.

L'altération spéciale de la dure-mère, signalée par Baudelocque (7), qui n'en parle que d'après un seul fait, n'est et ne peut être d'aucune importance; en sorte que l'anatomie pathologique n'apprend véritablement rien sur la nature de l'éclampsie. La moëlle n'a pas été assez souvent examinée en pareil cas, pour qu'on sache au juste si elle ne serait pas par hasard le siége du mal, comme semblent le supposer M. Powel (8)

---

(1) Morgagni, *de Sedibus et causis morb.*, etc., Epist. 2, § 8.
(2) C. Baudelocque, *oper. citat.*, t. III, p. 17.
(3) *Pratiq. des accouch.*, t. III, p. 37.
(4) *Thèse*, n° 9, Paris, 1826, p. 12.
(5) *Arch. gén. de méd.*, t. XVI, p. 497.
(6) *Archiv. gén. de méd.* tome XVI, p. 494.
(7) C. Baudelocque, *Thèse*, 1822, p. 77.
(8) Burns, *principl. of midwif*, p. 484.

qui attribue l'éclampsie à un transport d'action de la matrice sur les centres nerveux, et M. Burns (1) qui croit que l'irritation se transmet de l'utérus au cordon rachidien par l'intermède des nerfs hypogastriques. Les faibles lésions signalées par les auteurs, dans les cavités thoracique et abdominale, me paraissent si insignifiantes, que je ne crois pas même devoir en discuter la valeur. J'ai déjà dit d'ailleurs ce qu'on doit penser des traces de métrite qu'Autenrieth et Krimer (2) prétendent avoir observées.

H. Traitement.

Une maladie qui se présente sous des formes si diverses, et à des dégrés si variés, ne peut être guérie par une médication toujours semblable. Il n'est donc pas étonnant que tant de remèdes aient été tentés pour la combattre. Il est peu de substances parmi les antispasmodiques, les calmans, les narcotiques, les révulsifs et les antiphlogistiques qui n'aient eu leur vogue.

I. Traitement spécial.

Outre les médications générales, l'éclampsie réclame encore l'emploi de quelques autres ressources, suivant qu'elle se manifeste pendant la grossesse, pendant le travail ou apès l'accouchement.

A. Pendant la grossesse. L'éclampsie qui survient pendant la grossesse, ne peut guère être soumise qu'à l'un ou l'ensemble des moyens déjà indiqués. C'est alors que les antispasmodiques, les bains prolongés, que vante particulièrement M. Gondinet (3), les calmans, les purgatifs, la digitale, les altérans sont souvent utiles. C'est pendant la grossesse qu'on saigna 48, 87, 90 fois les femmes dont parlent Mauriceau (4) et De

---

(1) *Principles of midwifery*, etc., p. 484.

(2) Meissner, *Progrès de l'art des accouch. au* 19e *siècle.*

(3) *Ann. clin. de Montpellier*, t. VIII, p. 81.

(4) *Maladies des femmes grosses*, ou Miquel, p. 65-64.

La Motte (1). L'accouchement provoqué, l'accouchement forcé, et l'hystérotomie vaginale pourraient aussi trouver leur application dans le cours de cette période ; mais c'est à l'occasion du travail qu'il doit surtout en être question.

B. Pendant le travail. L'accouchement est le meilleur remède des convulsions puerpérales ; on ne peut le contester. Mauriceau (2), qui en était convaincu, veut qu'on procède le plus tôt possible à cette opération. C'était aussi l'opinion de Portal (3), et Amand (4) dit que la mère et l'enfant succomberont si l'accouchement n'est pas promptement terminé. Dionis (5) tient le même langage, et convient seulement que l'accouchement ne dissipe pas toujours le mal. Guillemeau (6) avait déjà dit qu'alors il faut accoucher sur-le-champ. C'est aussi l'opinion de madame Ducoudray (7) qui blame l'eau froide sur le visage, et vante la saignée du cou. Deventer (8) agissait de la même façon. Lemoine (9) ne veut pas d'autre remède, et Deleurye (10) s'exprime exactement de la même manière. C'est aussi l'avis de Rœderer (11) et d'Aitken (12) surtout. On voit également dans Puzos (13), que le remède le plus certain des fortes convulsions est d'accoucher la femme, s'il est possible. Bruhier d'Ablincourt (14) fait observer,

---

(1) *Traité complet des accouch.*, obs. 218, p. 389.

(2) *Malad. des femmes grosses*, p. 294.

(3) *Pratiq. des accouch.* in-4°, p. 83.

(4) *Nouv. observ. sur la pratiq. des accouch.*

(5) *Traité général des accouch.*, etc., p. 302 à 304.

(6) *Œuvres compl.* in-folio, p. 313.

(7) *Observ. divers.*, etc., p. 167 à 163, 1759.

(8) *Observ. sur les accouch.*, p. 191.

(9) Burton, trad. franç., p. 402.

(10) *Art des accouch.*, p. 138, § 462.

(11) *Art des accouch.*, § 699.

(12) *Principl. of midwif.* p. 169.

(13) *Pratiq. des accouch.*, par Morizot Deslandes, etc.

(14) Deventer, trad. franç., p. 198.

comme Dionis, que, quoique l'unique remède, l'accouchement ne réussit cependant pas toujours.

Les accoucheurs sont donc pour ainsi dire unanimes sur ce point, et M. A. Ménard (1) répète encore qu'on ne calme les convulsions pendant le travail, qu'en débarrassant l'utérus. C'est une pratique dont Ross (2), Denman (3), Baudelocque (4), Gartshore (5), et Gardien (6) lui-même, ont néanmoins révoqué l'utilité en doute depuis.

M. Burns (7) est à peu près du même avis, et Hull (8) voulait déjà, ainsi que Hamilton (9) et Leake (10), qu'elle ne convînt que dans les cas où les convulsions partent de l'utérus. De La Motte (11) ne veut pas non plus qu'on en fasse une règle générale. D'après lui, on ne doit même se servir de cet extrême remède, que lorsqu'il n'y a plus rien à espérer du côté de la nature. Pour moi, je partage entièrement l'opinion de Mauriceau, et je crois, comme M. A. Ménard, qu'il n'y a guère que la déplétion de la matrice qui puisse arrêter la marche de l'éclampsie développée pendant le travail. Il est vrai que le mal ne s'arrête pas toujours, et que plusieurs femmes n'en meurent pas moins ensuite; témoin une des malades de M. Gasc (12) et une autre de M. Teallier (13), qui, quoique délivrées promptement avec le forceps, succombèrent cependant peu de temps après. Mais on peut répondre

---

(1) *Transact. méd.*, t. IV, p. 249.

(2) Denman, t. II, p. 448.

(3) *Essay on puerperal conv.*, p. 68.

(4) *Art des accouch., etc.*, 6e *édit.*

(5) *Journal de Lond.*, vol. VIII, trad. par Masuyer.

(6) *Traité complet des accouch.*, tome II, p. 406.

(7) *Oper. citat.*, p. 487, 8e édit. 1832.

(8) Hull, *observat.*, etc., p. 245.

(9) Bland, *observat. on parturit.*, etc., p. 133.

(10) *Pract. obs.* ou Burns, *oper. citat.*, p. 486.

(11) *Traité complet des accouch.* etc., p. 380.

(12) *Mémoire et observat. diverses*, p. 188.

(13) *Journal général*, t. CV, p. 345.

qu'alors on n'avait pas pu recourir assez tôt à la délivrance, ou que, comme le remarque M. Ménard (1), le cerveau était déjà le siége d'une altération profonde.

J'ajouterai, enfin, qu'en se comportant ainsi, M. Desjardins (2) n'a pas perdu une malade sur sept, et que M. Champion (3) en a sauvé sept sur dix.

Les secours à donner en pareil cas, sont d'ailleurs fort divers :

1° *Attendre l'accouchement spontané.* Si la tête est descendue, et que le col soit effacé, si les contractions utérines paraissent franches, et que le travail semble marcher avec quelque promptitude, il faut attendre, et s'en tenir aux moyens généraux. On ne se pressera pas d'agir, surtout si les convulsions sont hystériques ou dépendent d'une grande excitation nerveuse, et toutes les fois qu'elles sont séparées par des intervalles complètement lucides. Si l'utérus est sans action au contraire, si c'est une éclampsie apoplectique, si le travail marche avec trop de lenteur, et que la violence des accidens fasse craindre pour la mère ou pour l'enfant, il n'y a pas à hésiter, on doit hâter ou terminer l'accouchement le plus promptement possible.

2° *Seigle ergoté.* — Après les nombreux essais qui ont été faits avec le seigle ergoté, lorsqu'il importe d'activer les contractions de la matrice (4), il était naturel d'employer aussi cette substance dans l'éclampsie au moment du travail. MM. Whaterhouse et Ashwell (5) disent y avoir eu recours avec de véritables avantages. M. Adrien (6) prétend aussi avoir beaucoup à s'en louer, et invoque en sa faveur une observation qui ne laisse pas d'être concluante. Je ne pense pas cependant que

---

(1) *Trans. méd.* tome IV, p. 250.

(2) *Bulletins de la Faculté*, etc., t. VI, p. 416.

(3) *Correspond. privée*, 6 mai 1834.

(4) Villeneuve, *Mémoire hist. sur le seigle ergoté*, 1827.

(5) *Transact. d'Edim.* vol. III, .. 578.

(6) *Recueil du départ. de l'Eure*, avril 1834, p. 183-185.

ce soit le cas de compter beaucoup sur son efficacité. Au début du travail, avant que le col ne soit complètement dilaté, le seigle ergoté ajouterait évidemment aux dangers que court le fœtus, quoiqu'en dise M. Parent (1). Quand la tête est dans l'excavation, le forceps vaut mieux, et la version serait préférable, si la dilatation était simplement opérée sans que la tête eût encore franchi le détroit.

3° *Forceps.* — Dans les cas de convulsions, le forceps que Levret (2) substituait presque partout à la version, est un instrument d'autant plus précieux qu'il permet d'extraire l'enfant avec promptitude et sûreté sans compromettre l'état de la femme. Aussi est-il peu de modernes qui ne suivent sur ce point la doctrine de Levret, de Barbaut (3), Mackensie (4) et de M. Merriman (5). Malheureusement l'utilité de cet instrument se trouve renfermée dans des limites assez étroites. Il faut que l'enfant se présente par la tête, et que le col soit entièrement ouvert, sinon franchi. Duchâteau (6) a publié six observations pour prouver qu'on peut y avoir recours, même quand l'occiput est encore au détroit supérieur, et Miquel (7) dit que c'est aussi la doctrine de M. A. Dubois. Mais je demanderai la permission de ne pas adopter cette pratique, quoique M. Champion me dise l'avoir également suivie une fois avec succès pour la mère et pour l'enfant. Le forceps n'est préférable, quand la version n'est pas trop difficile, que par les chances plus grandes qu'il donne de conserver l'enfant. Or, dans les convulsions, on a surtout pour but de sauver la mère, et le fœtus exige d'autant moins de ménagemens, qu'il meurt souvent avant qu'on ne se décide à agir. Sans être ex-

---

(1) *Soc méd. de Dijon*, 1833, *p.* 185.

(2) *Accouchement laborieux*, etc., p. 110, 209.

(3) *Cours d'accouch.*, etc., t. I, p. 224.

(4) *Lectures*, etc. M. S. 1744, ou Merriman, p. 142.

(5) *Synops. on diffic. parturit.*, p. 142.

(6) *Gazette de Santé*, 1823, n° 30.

(7) *Traité des convulsions*, etc., p. 107.

trêmement pénible au détroit supérieur, l'application du forceps est cependant plus embarrassante, et nécessite plus de temps que la version. C'est donc lorsque la tête est fortement engagée, à travers l'orifice, et surtout lorsqu'elle est dans l'excavation, qu'il convient à peu près exclusivement. C'est à ce temps du travail que M. Teallier (1), M. Gaide (2), Maygrier (3) et tant d'autres, l'ont employé avec succès, que j'ai cru devoir y recourir moi-même.

4° *Version.* — Tant que la tête est libre au-dessus de l'entrée de l'excavation, on ne doit, et on ne peut même, si le col n'est qu'entrouvert, extraire l'enfant qu'à l'aide de la version. Si le premier temps du travail est effectué, si l'orifice est dilaté ou assez souple pour se laisser traverser sans trop d'efforts par la main, cette opération n'a rien ici de particulier; mais si l'éclampsie tient à un resserrement spasmodique, à une induration, à une maladie quelconque du col, si le travail enfin n'en est encore qu'à son début ou n'est pas même commencé, elle est ou impossible ou au moins d'nne extrême difficulté. Avant toutes choses, il faut se frayer une voie.

5° *Accouchement provoqué.* Les moyens proposés pour obliger le travail à se déclarer avant terme, devraient, il me semble, ainsi que V. Horn (4) le voulait déjà, être essayés dans l'éclampsie des femmes enceintes, et à plus forte raison lorsque cette maladie survient aux environs du terme, quand aucun préparatif d'accouchement ne se montre après les premiers accès.

S'il est vrai comme l'avance Levret (5), et comme je l'ai vu de mon côté, que le travail fasse généralement cesser les convulsions qui s'étaient établies pendant la grossesse, on ne

---

(1) *Journal gén. de méd.*, t. CV, p. 345.

(2) *Lancette franç.*, t. II, p. 82.

(3) *Journal des Connaiss. méd.*, t. Ier, p. 44.

(4) Sue, *Histoire des accouch.*, etc. ,tome II, p. 235.

(5) *Art des accouch. fondés sur des princip. de mécan.*, etc., p. 463.

peut nier que l'accouchement provoqué ne soit à tenter contre l'éclampsie qui menace de devenir grave avant le travail. Lauverjat (1) semble avoir pressenti cette ressource : « Si les « convulsions persistent, dit-il, et qu'il n'y ait que peu ou « point de dilation, je glisse le doigt entre la matrice et les « membranes, pour les désunir le plus possible. On fait cesser « ainsi les accidens par le relâchement des fibres de la ma-« trice. »

Cette méthode, que je n'hésite pas à conseiller, la même au surplus que Hamilton (2) a proposée et suivie un grand nombre de fois pour l'accouchement provoqué, dans le cas de vice du bassin, mérite, à mon sens, de fixer l'attention des praticiens.

6° *La rupture des membranes* serait à tenter ensuite, si les convulsions persistaient. Mauriceau (3) se comportait souvent ainsi dans la première moitié du travail, et M. Gras (4) qui s'en est déclaré le défenseur, rapporte deux observations à l'appui. Soit avant, soit après le travail, on obtient par là une détente de la matrice, un vide qui peut être du plus grand secours, et dont Lauverjat (5) avait senti toute l'importance. On pourrait craindre, en cas d'insuccès, que la version n'en fût rendue plus difficile par la suite, à cause du resserrement de l'utérus sur l'enfant, mais les résultats fournis jusqu'ici par l'accouchement provoqué, et l'observation de M. Dumont (6), ont suffisamment répondu à cette objection.

7° *Dilatation forcée.* — Entrer de vive force dans l'utérus est une autre ressource qui a aussi trouvé des défenseurs. M. Ashwell (7) par exemple pense qu'on peut presque toujours

---

(1) *Nouv. méth. de pratiq. l'opér. césar.*, p. 95.

(2) Burckardt, *Thèse*, Strasb. 1830.—Ryan, *Manual of midwif.* p. 580.

(3) *Maladies des femmes grosses*, p. 294, obs. 323.

(4) *Thèse*, n° 367, an 13, p. 6.

(5) *Nouv. méth. de pratiq. l'opér. cés.*, p. 96-97.

(6) *Journal général*, t. III, p. 489.

(7) Ryan, *Manual of midwif.* p. 521.

dilater le col avec les doigts, et M. Ryan (1), comme M. Osiander (2), préfère cette dilatation graduelle au débridement tant préconisé par Bodin (3). Là dessus on s'est abusé, je crois, de part et d'autre. Lorsque le col n'est le siége d'aucune maladie, d'aucun spasme, il n'est pas en général très difficile d'en vaincre la résistance, et sous ce rapport l'instrument dilatateur inventé par M. Barny (4) me paraît complètement inutile. Néanmoins, comme pour réussir il faut de la patience et procéder avec lenteur, comme il en résulte un grand agacement et une irritation susceptible d'augmenter les convulsions, je ne sais si, même alors, il ne vaudrait pas mieux recourir au débridement. Chez une femme que j'ai délivrée avec M. Fournier, je crus devoir forcer le col, qui était dur, quoique mince et de la largeur d'une pièce de trois livres. Je parvins dans la matrice, il est vrai, mais en produisant de vives douleurs, et je suis porté à croire qu'il eût été plus convenable d'inciser l'orifice.

Ce sont pourtant là les seules circonstances favorables à l'emploi de la dilatation forcée; car si la cause qui arrête l'accouchement est une déviation, une adhérence, une squirrosité, une coarctation du col lui-même, il est véritablement inutile de l'essayer.

8° *Incision du col.* Le débridement du col est le dernier remède qu'on ait à proposer. L idée de ce débridement est très ancienne : quand le col éprouve quelques difficultés à se dilater, A. Paré (5) veut qu'on l'incise. Fournier (6) avait déjà inventé un instrument tout exprès; Mesnard (7) en parle également. Il en est aussi question dans les commentaires de

---

(1) *Man. of. midwif.*, etc.

(2) *Journal analyt.* 1829.

(3) *Essai sur les accouch.* 1797.

(4) *OEuv.*, liv. 24, chap. XXXVI, p. 714.

(5) *Thèse*, n° 116, Paris, 1829.

(6) *L'accoucheur méthodique*, etc., p. 196.

(7) *Le guide des accouch.*, etc., p. 303.

Van Swieten (1), dans l'ouvrage de Barbaut (2) ; mais c'est à Lauverjat (3), Bodin (4) et Coutouly (5) qu'on doit de l'avoir répandue. Lemoine (6) recommande nettement cette incision quand la dureté du col résiste aux saignées, et Dubosc (7) de Toulouse l'avait déjà pratiquée en 1781. Elle n'en fut pas moins mal accueillie au sein de l'Académie de chirurgie par Allan et Piet (8). Depuis, elle a encore été l'objet de vives critiques. Baudelocque (9) alla même jusqu'à dire qu'elle ne pouvait être que le fruit d'un instant de délire, quoiqu'il finisse par convenir qu'elle peut être utile quand les fibres du col sont sèches et trop rigides. M. Bouteilloux (10), madame Lachapelle (11) la proscrivent également, et la croient très dangereuse à cause surtout de l'extension que peuvent prendre les plaies, du côté de la matrice. Les quatre observations de Coutouly prouvent qu'on s'est trompé sur ce point.

Le débridement de l'orifice utérin en pareil cas, n'est ni très douloureux ni très redoutable. M. Dupuytren (12) s'en est souvent servi avec avantage dans les cas de polypes volumineux. J'ai vu M. Jules Cloquet (13) à l'hospice de la faculté le pratiquer sur une jeune femme dont le travail tardait trop à se faire, et qui s'en aperçut à peine. Delpech (14) n'hésite pas

---

(1) Tome VII, ou Miquel, p. 109.

(2) *Cours d'accouch.*, t. II, p. 77.

(3) *Nouv. méth. de pratiq. l'opér. césar.*, p. 9.

(4) *Essai sur les accouch.*, 1797.

(5) *Observations sur divers sujets*, 1807, p. 33 à 63.

(6) Burton, trad. fran., p. 384.

(7) Lauverjat, *oper. citat.*, p. 99.—Baudelocque, t. Ier, p. 414.

(8) Bodin. *oper. citat.*

(9) *Art des accouch.*, t. Ier, p. 485, 489, ou Miquel, p. 112.

(10) *Thèse*, etc. Paris, 1816.

(11) *Oper. cit.*, t. III, p. 27.

(12) *Leçons orales*, etc., t. III, p. 575.

(13) *Arch. gén. de méd.*, t. XIV, p. 503.

(14) *Maladies réputées chirurg.*, t. IIr p. 335,

à le conseiller dans les convulsions avec spasmes du col. M. Champion l'a pratiqué une fois avec succès en faisant une incision de chaque côté, dans le cas qui nous occupe. M. Lebreton (1) y a eu recours avec succès aussi dans un cas de cancer. M. Godemer (2) rencontrant une tumeur dure qui occupait les deux tiers du col de bride largement, l'accouchement se fait. Il excise ensuite les parties malades et la femme guérit en huit jours. Il est peu de premiers accouchemens où quelques déchirures équivalentes ne s'opèrent. Des faits sans nombre, en mettent d'ailleurs aujourd'hui l'innocuité hors de doute.

L'opération est simple et facile. Pour ne pas avoir une plaie trop profonde, il vaut mieux en faire plusieurs à l'instar de Coutouly, de Moscati (3) et de presque tous ceux qui ont eu recours à l'hystérotomie viginale. Comme le col est fortement aminci par le travail et qu'il offre ordinairement un disque d'un à deux pouces de rayon, on peut réellement l'inciser sans crainte dans une grande étendue. Je crois donc, avec Miquel (4), que ce débridement est trop négligé, ou généralement mis en usage avec trop de timidité par les praticiens de nos jours.

Si au lieu du col, c'était un diaphragme percé, ou un croissant membraneux, qui mît obstacle à l'accouchement, comme j'en ai rencontré un exemple (5), et comme M. Stone (6) en cite un autre, on aurait également à l'inciser.

La malade dont parle M. Dunand (7) etait dans ce cas. Les convulsions ne permirent pas à ce praticien de temporiser. Des ciseaux dirigés sur le doigt lui suffirent pour diviser le crois-

---

(1) *Recueil du départ. de l'Eure*, 1834, p. 88.

(2) *Lancette franç.*, t. I, p. 131.

(3) *Journal univ. des sc. méd.*, t. XIV-XVI, p. 338

(4) *Traité des convulsions*, etc., p. 111.

(5) *Tocologie*, etc., 1ère édit. t. 2.

(6) *Gazette méd. de Paris*, 1833. *Revue méd.*, 1833, t. IV p. 51.

(7) *Thèse*, n° 158, Paris, 1813.

sant fibreux, et la femme s'est bien rétablie. Dans le cas qui m'est propre le bistouri fut préféré, et il ne survint non plus aucun accident.

Si le vagin lui-même était oblitéré comme M. Lombard (1) en a publié un exemple, on aurait encore à se frayer une route pour arriver au fœtus. La femme a succombé, il est vrai, dans le cas du médecin de Genève, mais parce que l'utérus s'était rompu.

9° *Opération césarienne.*—En supposant que l'éclampsie dépendît d'une angustie pelvienne irrémédiable, on aurait aussi à décider s'il convient ou non de pratiquer l'opération césasarienne.

Je me bornerai en ce moment à rappeler que cette dernière opération tend essentiellement à sauver l'enfant, et que dans les convulsions le fœtus naît souvent mort, même quand on l'obtient par les voies naturelles.

10° La *céphalotomie* est une autre ressource qui devrait alors être préférée à l'opération césarienne, d'autant mieux qu'à l'aide du forceps céphalotribe de M. A Baudelocque (2), il serait possible d'entraîner ainsi la tête sans trop de danger. En Angleterre, où la perforation du crâne est si libéralement pratiquée, on s'y décide souvent, quoiqu'il n'y ait pas de vices au bassin (3), et M. Merriman (4) croit faire acte de courage en conseillant de ne pas trop se presser. En France, on est tombé dans un extrême opposé, et il n'est pas rare de voir la mère sacrifiée au desir de conserver le fœtus.

C. Si *la femme meurt sans être délivrée*, un derniers secours reste encore à tenter pour sauver l'enfant. Il faut extraire le fœtus comme si elle était vivante, par le vagin s'il n'y a pas d'obstacle, par l'hystérotomie abdominale dans le cas contraire; mais en pareil cas, il faut peu compter sur le succès,

---

(1) *Gazette méd.*, 1830, p. 123.

(2) François, *Thèse*, n° 71, Paris, 1832.

(3) Ryan, *Compend. of gynœcol.*, p. 520.

(4) *Synops. of diff. parturit.*, p. 145.

même en se hâtant ; car, comme le remarque Peu (1), le trépas de la mère alors est immédiatement suivi de celui de son enfant. Je ne sais même si Lauverjat (2) n'a pas raison en avançant que l'enfant périt toujours avant la femme. Le fait est que les quatre opérations césariennes que cet auteur a pratiquées de cette façon ne lui ont donné que des fœtus dépourvus de vie. En tout cas, il vaudrait mieux inciser le col, comme le veut M. Lebreton (3), que d'ouvrir l'abdomen.

D. Après l'accouchement Si la délivrance n'est pas faite, il faut se hâter de la pratiquer quand les convulsions surviennent après l'accouchement. Que l'éclampsie alors dépende de la déplétion subite qui vient de s'opérer, d'une perte trop abondante de sang, d'une rupture du col utérin ou du périnée, de la présence de caillots ou de quelque autre corps étranger dans la matrice, il n'en faut pas moins enlever le délivre aussitôt que possible.

Dans les premières heures, on n'éprouve, sous ce rapport, aucune difficulté. Les parties restent assez molles pour que la main puisse, à la rigueur, pénétrer jusqu'au placenta et l'extraire ; mais, à partir du lendemain, il n'en serait plus de même. Cependant l'indication est précise : il n'y aurait pas à reculer. Sans croire avec M. Bouteilloux que les convulsions qui se manifestent après la délivrance tiennent presque toujours à la présence de quelques caillots, j'admettrais volontiers qu'il en est assez souvent ainsi. J'en ai observé un exemple avec M. Evrat, et M. Vasseur m'en a communiqué un autre. Burton va même plus loin. Il prétend que ce sont de petites concrétions sanguines, arrêtées dans les sinus utérins, qui causent les tranchées, les coliques des nouvelles accouchées, et veut, pour cette raison, comme M. Bouteil-

---

(1) *Pratiq. des accouch.*, ou Lauverjat, *oper. cit.*, p. 82.

(2) *Oper. cit.*, p. 82.

(3) *Lancette franç.*, t. Ier, p. 131.

loux le recommande afin de remédier à l'éclampsie, qu'on débarrasse soigneusement la matrice de ce qu'elle peut contenir.

La compression de l'hypogastre, des injections émollientes, narcotiques, détersives, ou antiseptiques, suivant la cause supposée du mal, et le traitement direct des lésions dont le bassin peut être devenu le siège, sont les seuls moyens spéciaux que l'art possède contre les convulvions après l'accouchement. Du reste, toutes les autres médications leur sont applicables.

II. Résumé thérapeutique.

L'éther, l'eau de mélisse, de fleur d'oranger, de menthe, mêlé en diverses proportions aux infusions de fleur de tilleul, de coquelicot, de feuilles d'oranger, à l'eau de laitue, etc., avec un sirop adoucissant, ne seront point à négliger dans nombre de cas où les convulsions ont plus d'analogie avec l'hystérie ou l'épilepsie qu'avec l'apoplexie, surtout si le sujet est nerveux, très excitable ou lymphatique, plutôt que pléthorique et sanguin. Le sirop d'œillet, le sirop de pavot blanc, le sirop diacode, les pilules de cynoglosse, l'extrait, les teintures d'opium que Gerson (1) administre surtout après la saignée, peuvent être utilement donnés aussi. Soit seuls, soit ajoutés aux véhicules précédens, soit sous quelque autre forme et combinés de quelque autre manière, ils conviendraient dans les mêmes circonstances.

Le camphre, tant préconisé par Hamilton (2) devrait également être essayé. Comme l'état des malades alors ne leur permet pas toujours d'avaler, le médecin n'a souvent d'autre ressource que de leur donner ces médicamens par l'anus dans des quarts de lavemens. Il en serait de même de l'ipécacuanha.

---

(1) *Bibl. ch. du Nord*, t. I[er], p. 364.

(2) *Principl. of midwif.* Burns, p. 489.

prescrit par Plenck (1) à la dose d'un demi grain avec trois grains de sucre tous les quarts-d'heure.

La rigidité du col, sa dureté squirreuse et son resserrement spasmodique étant quelquefois l'unique ou du moins la principale cause des convulsions, on ne doit pas omettre de l'examiner avec attention. En cas qu'il paraisse être le point de départ du mal, et que les émissions sanguines restent insuffisantes, on y portera du cérat opiaeé, ou mieux de la pommade belladonée.

Les bains tièdes calment l'irritation, soit sympathiquement par leur action adoucissante sur la peau, soit en diminuant les qualités excitantes des fluides par l'eau qu'ils font passer dans le système circulatoire, soit en diminuant la force de rayonnement du calorique. On les administre avec succès quand les symptômes apoplectiques ne prédominent pas. Ils ne doivent être prescrits qu'après la saignée, si la malade est dans un état à pouvoir perdre du sang sans danger : autrement ils pourraient favoriser l'afflux et la congestion vers l'encéphale. On doit les rejeter quand les convulsions dépendent d'une perte, d'une plétore séreuse, et quand il y a menace d'inertie. La femme peut y rester une demi-heure, une heure et même davantage, suivant le soulagement qu'elle en éprouve.

Il serait bon aussi de faire pénétrer l'eau jusque dans le vagin en écartant un peu la vulve, comme le prescrit Lauverjat (2) qui se loue beaucoup en outre des injections, de l'introduction de mucilage au fond de ce canal.

Les ablutions et l'eau à la glace sur la tête, soit seules, soit au moment même où le reste du corps est plongé dans un bain chaud, semblent pouvoir être utilement combinées avec les autres moyens rationels, lorsqu'on a lieu de craindre une vive réaétion cérébrale. Néanmoins leur emploi me paraît exiger beaucoup de prudence et une grande circonspection.

---

(1) *Thèse de Gericher*. présid. de Gehler, 1777.

(2) *Nouv. méth. de pratiq. l'opér. césar.*, p. 94, 97.

Les révulsifs externes, des sinapismes ou des cataplasmes sinapisés aux pieds, aux jambes, aux cuisses; un large vésicatoire à la nuque ou même sur l'hypogastre, des frictions sèches le long du rachis et sur les membres peuvent être employés en même temps.

Sans défendre les idées des accoucheurs de la Grande-Bretagne, je ne puis omettre cependant de rappeler que tout en employant le calomel à dose purgative, les sels neutres par la bouche ou en lavement, et des lotions faites avec l'acétate d'ammoniaque liquide, l'esprit de romarin sur la tête, Merriman n'a perdu que onze malades sur quarante-huit, tandis que, malgré l'énergie du traitement mis en usage à la Maternité, du temps de madame Lachapelle, on avait presque autant de morts que de guérisons!

Les moxas, les ventouses scarifiées n'offrent pas assez de chances de succès pour qu'on les préfère à l'application des sangsues, et aux révulsifs ordinaires.

La saignée du bras, du pied ou de la jugulaire est utile et souvent même indispensable pendant la grossesse et l'accouchement, que les convulsions soient légères ou intenses, chez toutes les femmes jeunes, fortes, bien constituées et qui ne sont point épuisées par des pertes antérieures. La saignée locale est la seule qu'on puisse tenter quand les convulsions se manifestent à la suite d'une hémorrhagie, chez les personnes affaiblies d'une manière quelconque, douées d'une constitution lymphatique. Alors, si c'est après l'accouchement et que les lochies aient cessé de couler, on peut placer les sangsues près des grandes lèvres ou à l'aîne; autrement on les met aux apophyses mastoïdes.

Lorsqu'on a désempli le système vasculaire, si l'état de la malade le permet, on prescrit un bain. A la suite d'une perte, après la délivrance ou un travail pénible et fatigant, des bouillons analeptiques et quelques cuillerées de bon vin sont quelquefois les meilleurs moyens à mettre en usage. Les sinapismes, les vésicatoires, les scarifications et les autres révulsifs sont particulièrement utiles dans les cas graves, comme acces-

soires des saignées, ou comme supplémentaires de ces évacuations, s'il n'est pas permis de les mettre en pratique.

Lorsque la maladie survient avant la fin du sixième mois, on doit tout faire pour en triompher sans solliciter la déplétion de l'utérus. Plus tard la viabilité du fœtus étant possible, on n'a plus besoin d'autant de précautions sous ce rapport. Enfin, si les pommades, les injections, les bains avaient été tentés inutilement, si l'enfant ou la femme était dans un danger imminent et que l'accouchement forcé fût la seule voie de salut; si le cercle utérin, aminci, mais dur et non dilatable, résistait avec force aux contractions utérines, il ne faudrait pas balancer à suivre le conseil de Bodin, à pratiquer une ou plusieurs incisions sur sa concavité, de manière à relâcher suffisamment les parties.

Si la vessie était distendue, il faudrait se conformer au conseil donné par De La Motte (1), et la vider au moyen du cathétérisme. Règle générale, on doit même, à l'instar de M. Merriman (2), sonder la femme deux fois le jour.

Pendant les accès, on contient les mouvemens qui pourraient devenir dangereux, mais en ayant soin cependant, quoiqu'en dise Rœderer (3), de leur laisser une grande liberté. Il est d'observation qu'en voulant les maîtriser par la force on les excite, on les augmente. Gardien (4) parle de malades qui tombèrent dans le tétanos pour cette cause. La même raison indique qu'on doit rarement écarter les mâchoires de force. La cuillère, ou toute autre plaque métallique dont on se sert en pareil cas, expose à ébranler et même à briser les dents. Il faut donc proscrire le bâillon dont parle madame Boivin (5). Ainsi que le remarque madame Lachapelle (6), il vaut mieux

---

(1) *Traité compl. des accouch.*, p. 383, 387.

(2) *Synops. on difficult* parturit., p. 146.

(3) *Art des accouch.*, § 698, F.

(4) Tome II, p. 402. C. Baudelocque, *des convulsions*, etc., p. 44.

(5) *Mémor. des accouch.* 3e édit., p. 250.

(6) *Pratiq. des accouch.* etc., tome III.

se borner à repousser la langue dans l'intérieur de la bouche, dès le début de l'attaque et chaque fois qu'elle tend à sortir. Un morceau de liége entre les arcades maxillaires, comme le veut Gardien (1), est pourtant une ressource qu'il est bon encore de ne pas négliger.

§ III. Prolapsus du cordon ombilical.

Sans être rare, la procidence du cordon n'est cependant pas extrêmement fréquente. Elle n'a été observée que quarante-une fois sur 15,652 accouchemens, à la Maternité de Paris. Si, dans la pratique particulière, on la rencontre plus souvent, cela paraît tenir aux manœuvres empressées des gens qui assistent les femmes plus qu'à toute autre cause. Black (2) a même avancé, mais à tort évidemment, que la chute du cordon est toujours l'effet de tentatives faites dans le but de hâter la délivrance. Pendant que je faisais ma leçon, une femme fut amenée à l'amphithéâtre. On la fit attendre une demi-heure chez le portier. Personne ne la toucha, et quand elle fut montée à la salle, le cordon formait hors la vulve une anse de plusieurs pouces, bien que le col ne fût encore que très-peu dilaté. D'ailleurs, il n'est guère d'accoucheurs un peu répandus qui n'aient eu plusieurs fois l'occasion d'observer la même chose. Si M. Hart (3) n'en cite que cinq exemples sur 400 accouchemens observés à l'institut de Wellesley jusqu'au 31 septembre 1828, si M. Grégory (4) n'en indique que quatre pour l'hôpital Combe sur 700 délivrances; si Richter (5) n'en a vu que quatre non plus sur 624, on voit en revanche que M. Mazzoni (6) a rencontré cet accident dix-huit à vingt fois sur 450 accouchemens.

---

(1) *Traité complet des accouch.* etc., tome II, p. 408, Paris 1824.

(2) *Manuel de l'accoucheur,* par Denman, et *Aphoris.* trad. par Joanne.

(3) Dublin *hospital reports*, etc., vol. V, p. 495.

(4) *Ibid.* p. 577.

(5) *Synopsis praxis medico obstet.* p. 416.

(6) *Statistica ostetrica* di Santa Maria Nuova de Florence, 1833.

A. Les *causes* de cet accident peuvent être rapportées, 1° à la quantité trop considérable du liquide amniotique; 2° à la longueur trop grande de la tige omphalo-placentaire; 3° à la sortie trop brusque des eaux au moment où la poche se rompt. M. Michaelis (1) remarque que si le cordon, placé qu'il se trouve dans la concavité antérieure de l'enfant au milieu d'une grande quantité d'eau, n'est pas plus souvent entraîné au-dehors, c'est que l'eau de l'amnios diminue pendant les derniers mois de la gestation, que souvent il est roulé autour du col, et parce qu'il redescend fréquemment aussi en parcourant le dos du fœtus.

B. *Pronostic.* La procidence du cordon a, de tout temps, été notée par les auteurs comme un accident dangereux. Ce n'est pas qu'elle rende l'accouchement plus difficile, ou fasse courir des risques à la femme, mais bien parce qu'elle expose le fœtus à périr avant de naître. La mort, dans ce cas, est incontestablement produite par la cessation du cours du sang dans les vaisseaux du cordon. Les raisons rassemblées dans le mémoire de Thouret ne peuvent en aucune manière infirmer cette proposition; mais l'obstacle à la circulation n'a pas été compris de la même manière par tous les accoucheurs.

Jusqu'à De La Motte (2), qui combat cette idée, on avait généralement pensé, avec Mauriceau (3), que le sang, refroidi par la température extérieure, se coagulait, se concrétait dans l'anse pendante hors de la vulve. Depuis, on a complètement rejeté une pareille supposition. Poussé par le cœur du fœtus au placenta et ramené du placenta au cœur, le sang paraît d'autant moins susceptible de se coaguler dans le cordon tant que l'enfant continue de vivre, que la température n'est jamais très-basse autour de la femme en travail. On a vu souvent, d'un autre côté, les pulsations se maintenir long-temps après la naissance dans le cordon, soit que le placenta fût encore dans la matrice, soit que le fœtus fût complètement séparé

---

(1) Pag. 311, pl. 7, f. 2, pl. 8, fig. 1, 2, 3.

(2) *Traité complet des accouch.* etc., in-4°, p. 400.

(3) *Malad. des femmes grosses*, etc., tome I, p. 288.

de la mère. Je pourrais en ajouter trois observations à celles que citent De La Motte (1) et M. Dewees (2). On aurait tort toutefois de nier absolument l'influence du froid sur le sang du cordon. Obligé de parcourir un aussi long trajet à travers des canaux inactifs, cylindriques, diversement contournés, sous une puissance d'impulsion naturellement peu énergique et que diverses causes peuvent encore affaiblir, il est sans aucun doute plus exposé que dans toute autre région du système vasculaire à se détériorer au moindre changement de température. On conçoit donc qu'en passant brusquement de 28 ou 30 degrés à 8 ou 12, il puisse, surtout quand la circulation est déjà plus ou moins ralentie par quelque pression, perdre de sa fluidité et causer ainsi la mort du fœtus, comme le croit encore M. Exton (3), et comme M. Guillemot (4) cherche à l'établir de nouveau en affirmant qu'à Strasbourg il a vu l'immersion du cordon dans l'eau tiède en rappeler les pulsations.

Ce n'en est pas moins à la compression qu'il faut ici rapporter les principaux accidens. En effet, dès que les eaux sont écoulées, si le cordon descend avant la tête ou le siége, ses vaisseaux sont presque nécessairement aplatis pendant les efforts expulsifs. Toutefois, si le bassin est large, le fœtus volumineux, s'ils sont placés vers l'une des échancrures sacro-iliaques, quand le front ou l'occiput est du côté opposé, la compression de ces vaisseaux peut être assez légère pour que le cours du sang n'en soit pas intercepté.

La mort survient par excès de sang, par apoplexie, si on en croit Chambon; par anémie, par syncope, selon Baudelocque, MM. Capuron, Deneux, etc.; par asphyxie, ou par défaut d'oxigénation du sang, d'après Muller. Mais ces trois hypothèses ne sont exactes ni l'une ni l'autre. Il est impossible de soutenir, avec Fréteau, que la veine est moins comprimée

---

(1) Oper. citat. p. 401.

(2) *Bulletin de Férussac*, etc., tome IV, p. 270.

(3) Merriman, *Oper. citat.*, p. 97.

(4) *Journal univ.*, tome L, p. 211.

que les artères, ou avec d'autres que c'est justement le contraire. La compression est égale pour les trois vaisseaux, et ce n'est pas dans la quantité du sang, mais bien dans l'arrêt subit ou graduel de la circulation, qu'il convient de chercher les causes de la mort dont le fœtus est alors menacé. M. Kohlschvetter (1), qui a reproduit et longuement discuté ces diverses hypothèses, ne me paraît pas avoir saisi le véritable nœud de la difficulté.

Si le cordon est froid, sans battemens, flétri, verdâtre, la mort de l'enfant est indubitable. Si le travail est encore loin de se terminer, si la tête est fortement engagée, et qu'il soit difficile d'en changer la position, le pronostic doit encore être très-fâcheux. Au contraire, si les pulsations se maintiennent avec une certaine force, si l'accouchement marche avec rapidité, quand même le cordon serait grêle et flétri, sa sortie prématurée peut n'amener aucun inconvénient.

C. *Traitement.* On remédie de différentes manières à cette procidence. Si l'enfant se présente en travers, par l'épaule ou la hanche, et que le col ne soit pas suffisamment dilaté pour permettre de tenter la version, il faut s'efforcer de reporter dans l'utérus l'anse vasculaire échappée. Si le travail est assez avancé, on va chercher les pieds; il serait même dangereux d'attendre une dilatation entière pour agir, quand on s'aperçoit que les pulsations s'affaiblissent sensiblement.

Si l'extrémité pelvienne vient la première, dès que les contractions ont assez de force, on en favorise l'effet en tirant convenablement sur les membres abdominaux. Mais c'est surtout quand il sort au-devant de la tête, que le cordon réclame de prompts secours.

En pareil cas, les anciens se bornaient à le repousser et le maintenir enveloppé dans le vagin. Mauriceau (2) l'entourait

---

(1) Kohlschvetter, *de funicul. umbilicali frequenti mortis nascent. causa*, etc. Leipsick, 1833. Voyez aussi *Archiv. gén. de méd.* 2e sér. tome IV, p. 282.

(2) *Maladies des femmes grosses*, etc. p. 288.

d'un linge imbibé de vin chaud pour l'empêcher d'être refroidi par l'air. On vient de voir que cette pratique, repoussée d'abord par De La Motte (1), ne mérite pas tous les reproches qu'on lui a faits, et que MM. Exton et Guillemot l'adoptèrent en partie. Denman (2) veut aussi, d'après Mackensie, qu'on renferme le cordon sorti dans une bourse pour le reporter au-dessus de la tête. Avant de le replacer, Osiander (3) et Hopkins (4), conseillent de le fixer avec une éponge, qui a sans doute pour but d'en amortir la compression. C'est un procédé dont Lœffler (5) paraît avoir retiré de véritables avantages, mais auquel il ne faudrait cependant pas accorder une trop grande confiance.

Les chirurgiens actuels se servent tout simplement de leurs doigts, d'une fourche ou d'une tige de baleine surmontée d'une éponge ou d'un anneau. Ducamp a conseillé une espèce de pince renfermée dans une canule presqu'en tout semblable au porte-nœud de Desault. C'est cet instrument que madame Mercier vient de modifier et d'adresser à l'académie de médecine (août 1834). M. Dudan (6) veut, comme M. Michaelis l'a proposé depuis, qu'on se contente d'une sonde de gomme élastique n° 9, garnie de son mandrin qui sert à fixer l'extrémité d'un ruban, passé par l'un des yeux de l'instrument. Avec ce ruban, M. Dudan maintient le cordon au bout de la sonde, sans le comprimer, le reporte dans la cavité utérine, où il l'abandonne ensuite en retirant le mandrin d'abord, puis la sonde elle-même. M. Michaelis (7) remarque qu'alors il faut reporter le cordon fort haut dans

---

(1) *Traité complet des accouch.* p. 400.

(2) *Introd. à la pratiq.* etc., tome II, p. 477.

(3) Burns, *principl. of midwif.* etc., p. 399.

(4) Merriman, ou vade mem. de Hopk, p. 193.

(5) Meissner, p. 191, ou *Archives* de Stacks, IV.

(6) *Revue méd.* 1826, tome III, p. 502.

(7) Oper. citat. pl. 7, p. 36.

l'utérus, parce que le col, très mou et dilaté en bas, est ordinairement resserré à sa partie supérieure. Si M. Busch (1) avait reconnu cette disposition, il n'aurait sans doute pas soutenu que si, après avoir été relevé derrière la tête, le cordon retombe, on ne doit pas faire d'autres tentatives, ni blâmé tous les instrumens imaginés dans ce but. La canule à charnière, proposée par Wellemberg (2), serait au fond plus dangereuse qu'utile, et je doute qu'aucun accoucheur soit jamais tenté d'en faire l'application. On a aussi recommandé d'introduire et de fixer des compresses graduées ou des morceaux d'éponges entre la tête du fœtus et les parties de la mère. Enfin, Croft (3) trouve plus expéditif et plus sûr de porter la main toute entière dans la matrice, afin de pouvoir accrocher l'anse ombilicale sur l'un des membres du fœtus.

La plupart de ces moyens ont pu réussir sans doute; mais il n'en est aucun qui doive être exclusivement adopté, car la conduite à tenir varie nécessairement suivant l'état des choses.

Si l'enfant est mort, la présence du cordon n'exige aucune manœuvre particulière. S'il est vivant, la tête peut être: 1° sur le point de franchir le détroit inférieur, et dans ce cas il suffit d'engager la femme à faire valoir ses douleurs avec force; 2° dans l'excavation, et le travail ne marcher qu'avec lenteur; alors la réduction est souvent impossible, et si, après l'avoir tentée, on reconnaît que les pulsations perdent de leur force, il faut se hâter d'appliquer le forceps; 3° enfin, à peine engagée. Ici, on saisit la tige vasculaire, on en fait un peloton, qu'on tâche de faire rentrer, de repousser sur les côtés ou même au-dessus de la tête, si la chose est possible, et, pour peu qu'il ait de tendance à retomber, on le maintient dans cette position, jusqu'à ce que les contractions aient solidement fixé le crâne dans le détroit.

Le moyen employé par M. Champion est une sonde en

(1) Lehrbuch, etc. p. 474, § 784.

(2) Gardien, *Traité complet d'accouch.* etc., p. 1824.

(3) *Lond. Med. Journal*, vol VII, p 58, 1784. ou Merriman, p. 99

gomme élastique, longue de douze à quatorze pouces, et de cinq à six lignes de diamètre. On fait passer un ruban de soie, plié en double, à travers la sonde, puis on en passe l'extrémité autour de l'anse du cordon ombilical, avant de l'introduire seule dans le deuxième trou de l'instrument. Un mandrin, poussé jusqu'à l'extrémité de la sonde, fixe le ruban. Alors on reporte le tout dans la cavité de la matrice, et l'on retire d'abord le mandrin. C'est, comme on le voit, une modification heureuse du procédé de MM. Michaelis et Dudan.

Au total donc, si l'introduction des doigts présentait trop de difficultés, était insuffisante, il serait permis de tenter quelque moyen mécanique, tel que l'instrument de Ducamp ou celui de M. Dudan, la tige élastique trouée de M. Davis (1), le doigtier fourchu de M. Favereau (2), ou mieux encore le porte-cordon en forme de fourche, imaginé par M. Guillon (3), et reproduit par M. Roland (4). Avant d'en venir à la version, on devrait même avoir recours à la manœuvre conseillée par Croft.

A cet égard, madame Lachapelle dit, avec plusieurs modernes, que le précepte du chirurgien anglais ne doit pas être suivi, attendu que la main une fois arrivée dans l'utérus aura tout aussitôt fait d'entraîner immédiatement les pieds. Pour moi, je ne suis pas de cette opinion. La vie de l'enfant est trop compromise, dans l'accouchement forcé par le pelvis, pour qu'on ne préfère pas l'accouchement par la tête toutes les fois qu'il est possible. La section du cordon entre deux ligatures, comme l'indique Deventer, serait trop dangereuse si l'accouchement tardait à se faire pour que personne osât la pratiquer maintenant.

Lorsqu'on est obligé d'extraire le fœtus avec la main ou le forceps, il importe même de se conformer au précepte de Boer,

---

(1) *Operative midwif.* p. 170, ou Merriman, p. 100.

(2) *Thèse*, n° 43, Paris 1823.

(3) *Compte rendu de la Soc.* de Méd. pratiq. 1829.

(4) *Gazette méd.* de Paris, 1823, p. 199.

c'est-à-dire qu'avant d'agir sur les pieds ou sur la tête, on n'en doit pas moins tâcher de faire rentrer le cordon, qui, sans cette précaution, ne manquerait pas le plus souvent d'être fortement comprimé, soit par la main de l'accoucheur, soit par les hanches, les épaules, ou quelque autre partie solide de l'enfant. Sous ce point de vue, l'accouchement artificiel est donc lui-même accompagné de beaucoup de dangers. C'est au point que Nannoni (1) a pu se demander s'il ne vaudrait pas mieux ne rien faire, et que M. Mazzoni (2) n'a pas craint d'avancer qu'il est en effet plus prudent en pareil cas de s'en rapporter aux forces naturelles. C'est une opinion que M. Guillemot (3) soutient aussi parmi nous, et qui modifiera au moins ce que le conseil opposé de Baudelocque a de trop absolu. Cependant, je ne crois pas qu'il faille hésiter quand le forceps est applicable, et que les battemens du cordon commencent à s'affaiblir, ni lorsque, le col étant dilaté, la tête est encore mobile au détroit supérieur, si aucun des moyens précédens n'a réussi. A moins que le travail ne se termine promptement, alors l'enfant est voué à une mort presque certaine. En se décidant à l'extraire, on ne l'amènera pas toujours vivant sans doute, mais enfin on en sauvera au moins un certain nombre.

§ IV. Défaut de longueur du cordon.

A. Brièveté naturelle.

Jusqu'à Baudelocque on a cru que la sortie du fœtus pouvait être empêchée ou du moins assez long-temps retardée par un cordon très court. Quand le placenta tient au fond de l'utérus, dit De La Motte (4), la tête, poussée vers le détroit inférieur pendant les contractions, remonte dans l'intervalle des douleurs. On voit l'occiput s'engager dans la vulve, être sur le point de franchir le détroit à chaque effort que fait la

(1) *Tratat di ostetricia.*, etc., p. 155, Siena, 1785.

(2) *Statistica, ostetrica,* etc., p. 13.

(3) *Journal univ.* tome L, p. 208.

(4) *Traité complet des accouch.* etc., p. 216 à 222.

femme, puis rentrer aussitôt après, et cela pendant plusieurs heures.

Ce dernier fait est vrai, mais il peut être tout-à-fait étranger au cordon ombilical. C'est chez les femmes jeunes, fortes et robustes, celles qui accouchent pour la première fois, qu'on l'observe principalement alors. Il dépend de l'élasticité du périnée. Ce plancher cède, pendant que la matrice, aidée des muscles du ventre, pousse la tête et la fait saillir au dehors. Aussitôt que la contraction a cessé, sa résistance naturelle reporte le vertex à l'intérieur du bassin. Le crâne concourt au même but par son élasticité. Pendant la contraction, il s'engage dans le détroit, puis il remonte immédiatement après, tant que son diamètre le plus large n'a pas franchi le cercle pelvien. C'est un phénomène qu'on observe également au détroit supérieur, mais moins souvent parce que le périnée n'y est encore pour rien.

Cependant on aurait tort de soutenir, avec Baudelocque, qu'un cordon trop court ne peut jamais nuire à l'accouchement.

Le cordon peut être réduit à cinq pouces (1), à quatre pouces (2), à deux pouces et demi (3). Il était si court dans un cas, dit Leroux (4), qu'après l'accouchement, l'ombilic du fœtus resta fixé contre la vulve jusqu'au décollement du placenta. Gray (5) prétend que le ventre d'un nouveau-né en fut retiré dans le vagin au point d'arrêter la respiration. Dans un autre, enfin (6), le cordon manquait à-peu-près complètement, et le placenta était comme plaqué sur l'abdomen de l'enfant. Le placenta est alors exposé à se détacher prématurément, ce qui peut favoriser le renversement de la matrice, faire naître une hémorrhagie, et mettre l'enfant en danger de

---

(1) Meissner, *Progrès des accouch.* au 19e siècle.

(2) Montault, *Archiv. gén. de méd.* tome XXIX, p. 567.

(3) Guillemot, *Thèse*, n° 120, Paris 1834.

(4) *Observ. sur les pertes*, etc. p. 111.

(5) Guillemot, loc. cit. p. 9.

(6) *Ibid.* p. 7.

perdre la vie si le travail se prolonge. Les tiraillemens qui en résultent doivent être capables de ralentir, d'arrêter même, ou tout au moins de troubler les contractions utérines et de suspendre le travail. Dans quelques cas, enfin, cette brièveté empêchera mécaniquement l'expulsion du fœtus. La femme en ressent des douleurs toutes particulières vers l'insertion du placenta, des douleurs que M. Guillemot (1) compare avec raison à celles que l'on détermine en tirant trop tôt sur le cordon pour opérer la délivrance. Peu (2), Burton, (3), Smellie (4), rapportent des faits qui ne laissent guère de doute sur ce point. Du reste, on comprend à peine comment Puzos (5) a pu dire que la longueur du cordon « est ordinairement de quatre pieds, » et que moindre, elle expose à des accidens.

B. Brièveté accidentelle.

Sans être absolument trop court, le cordon peut le devenir en formant des circulaires autour du fœtus; alors c'est par excès de longueur que l'accident arrive.

I. *Fréquence et variété.* Les *circulaires* du cordon se rencontrent fréquemment dans la pratique, et plus souvent sur le cou que partout ailleurs. Peu (6), qui les a particulièrement étudiées, et qui en établit de douze espèces, les a vues en forme de fronde sur le front, sur divers points de la tête, sur le ventre, sur l'aisselle, les membres, etc. M. Carus (7) en a observé jusqu'à cinq et M. Pacoud (8) jusqu'à six autour du cou.

---

(1) *Journal hebdom. univ.* tome III, p. 281.

(2) *Pratique des accouch.* etc., p. 436.

(3) *Nouv. syst. des accouch.* etc., p. 331, 341.

(4) *Théor. et pratiq. des accouch.*, tome II, p. 383.

(5) *Traité des accouch.* p. 101.

(6) Oper. cit., p. 434 à 458.

(7) *The Lancet,* 1828, vol. I, p. 781.

(8) École cliniq. de Bourg, 1824.

Après avoir formé un collier sur le cou, le cordon peut passer au-dessous des aisselles et en sautoir autour de la poitrine, comme De La Motte (1) en cite un exemple. Il peut aussi n'arriver au cou qu'après être descendu entre les cuisses pour remonter le long du dos, de même qu'on le voit parfois entourer un membre, l'abdomen et le cou tout à la fois.

On trouve dans une dissertation de M. Ed. C. J. de Siebold (2), deux exemples curieux d'entortillement du cordon. Dans l'un cette tige vient de l'ombilic autour du bras gauche, au devant de la poitrine, autour du cou, derrière l'épaule et sous l'aisselle droite, sur l'aine, sous le jarret, autour de la jambe où elle fait deux tours, et sous le pied droit. Dans l'autre, une des deux circulaires qui entourent le cou, comprend aussi l'aisselle et l'épaule gauche. L'étranglement du fœtus en avait été la suite.

J'ai observé ces diverses nuances de circulaires, et on en trouve une foule d'exemples dans les auteurs. La portion du cordon qui reste libre alors peut être réellement trop courte. Dès lors on doit craindre les mêmes accidens que dans le cas de brièveté absolue.

On a pensé que ces circulaires pouvaient agir à la manière des ligatures, produire l'asphyxie, étrangler le fœtus. J'ai vu bien des fois l'enfant naître avec des anses vasculaires autour du cou, et jamais il ne m'a semblé qu'une pareille disposition lui eût fait éprouver le moindre danger sous ce rapport. Dans la strangulation, que Morlanne (3) croit avoir observée, c'est le défaut de respiration qui fait périr, et, chez le fœtus, la mort ne peut pas arriver de cette manière. Bruhier d'Ablaincourt (4) et M. Doudement (5) n'ont pu avancer le contraire que par inadvertance. D'un autre côté, il est rare que le cordon

---

(1) *Traité complet des accouch.*, p. 19.

(2) *Comment. obstetr.* etc. Gottinguæ, 1834.

(3) *Journal d'accouch.* tome I, p. 64.

(4) Deventer, *Manuel des accouch.* etc., p. 22.

(5) *Thèse*, n° 65, Paris, 1826.

puisse être serré au point d'oblitérer les jugulaires internes ou les carotides. C'est donc dans les vaisseaux ombilicaux eux-mêmes que la circulation doit le plus souvent alors être gênée.

L'entortillement du cordon sur le cou ne laisse pas d'ailleurs d'être assez fréquent. Richter (1) de Moscou en a recueilli vingt-sept exemples sur six cent vingt-quatre accouchemens de sa pratique privée. M. Siebold (2) dit en avoir observé vingt-un sur cent trente-sept à la clinique de Berlin en 1827, et M. Kluge (3) en indique soixante-trois sur deux cent soixante-huit accouchemens. On voit aussi, par un tableau de M. Guillemot (4), que les circonvolutions du cordon se rencontrent une fois sur cinq ou environ; car cet auteur en signale trois cent soixante-dix exemples sur mille sept cent vingt-sept accouchemens empruntés à diverses cliniques allemandes.

Ces circulaires peuvent exister plusieurs mois avant le terme de l'accouchement, et devenir ainsi cause d'anomalies assez singulières. Un fait observé par M. Monod, interne à la Maternité, prouve qu'elles peuvent agir à la manière d'une branche de lierre collée sur un arbre, laisser sur les membres des rainures extrêmement profondes, et produire des étranglemens auxquels les os eux-mêmes ne seraient pas étrangers. Le cou d'un fœtus, dont parle M. Taxil (5), était entouré de trois circulaires si serrées, qu'il n'avait plus que deux lignes d'épaisseur. L'enfant était bien développé et le placenta très gros. J'ai vu plusieurs avortons dont la mort, déjà ancienne, et l'atrophie du cordon ne dépendaient pas d'autres causes. On en trouve aussi des exemples dans la thèse de M. Doudement, où se voient cinq observations d'accidens graves, causés par l'entortillement du cordon.

---

(1) *Synops. prax. obst*, p. 417.

(2) *Bulletin de Férussac*, tome XXI, p. 41.

(3) *Ibid.* p. 402.

(4) *Thèse*, n° 120, Paris, 1834.

(5) *Archiv gén. de méd.* 2e sér. tome II, p. 43.

II. *Pronostic*. L'entortillement du cordon expose d'abord à tous les inconvéniens de sa brièveté absolue, c'est-à-dire au tiraillement du placenta, à l'hémorrhagie, au renversement de la matrice, à de vives douleurs. Il retarde ensuite l'accouchement par la résistance mécanique qu'il oppose à la descente de la tête. La même chose aurait lieu s'il était placé en sautoir sur l'épaule, comme dans le cas observé par M. Olinet (1). Enfin, il peut tuer le fœtus en arrêtant la circulation. M. Guillemot (2), qui a bien fait ressortir ce dernier danger, montre en même temps que De LaMotte (3) n'avait point été trompé par le mouvement de ressort invoqué par Baudelocque, et que quelques-unes des craintes manifestées par les anciens ne sont que trop fondées. Tant que la poche des eaux est entière, l'œuf empêche la matrice de se rétrécir, et fait que le cordon, placé autour du cou, relève facilement le fœtus après chaque contraction. Comme la tête n'est retenue jusque-là que par son poids, et que les parties sont à la fois onctueuses et glissantes, les circulaires du cou se relâchent promptement en permettant à la circulation de continuer. Après la déchirure des membranes et l'arrivée de la tête dans l'excavation ou au détroit inférieur, il n'en est plus de même. L'utérus se resserre et chasse le fœtus plus facilement, il est vrai; mais, arrêtée par le détroit supérieur, la tête ne peut plus remonter entre les contractions, et le relâchement de la matrice, tendant à relever le cordon, augmente sans cesse la constriction exercée par les circulaires autour du cou. Aussi doit-on s'attendre, en pareil cas, à voir l'enfant naître avec la tête livide, ou dans un état apoplectique, si ce n'est complètement mort quand le travail ne se termine pas avec quelque rapidité.

Lorsque le cordon est considérablement racourci par son entortillement autour du cou, le travail n'offre d'abord rien de

---

(1) *Journal univ.* tome XXI, p. 216.

(2) *Journal hebd. univ.* tome III, p. 297,

(3) *Traité complet des accouch.*, p. 220.

particulier; ce n'est guère que vers la fin du premier temps ou de la dilatation du col qu'on peut s'en douter. Plusieurs observations de M. Guillemot prouvent qu'à partir de ce moment la descente de l'œuf semble se suspendre, bien que la femme continue de souffrir ; que la tête remonte en entier au-dessus du détroit supérieur dès que la contraction cesse ; enfin que la douleur, vive vers un point déterminé et distincte des douleurs ordinaires du travail, porte la malade à retenir ses efforts plutôt qu'à les seconder. Une fois la poche rompue, la tête se porte sans obstacle et sans symptômes particuliers jusque sur le plancher du bassin; mais elle ne franchit point le détroit périnéal sans exposer aux mêmes phénomènes qu'au détroit supérieur. Ici le doigt, glissé sous l'arcade des pubis, le long de la paroi antérieure de l'excavation, permettra même, dans certains cas, de pénétrer jusqu'au cou et de constater la réalité du fait.

III. *Traitement*. Il suit de ces signes et de ce qui précède, que la rupture de la poche des eaux, ainsi que l'établit M. Guillemot, est le meilleur moyen de remédier aux premiers accidens de l'entortillement du cordon sur le cou, et qu'on ne peut trop accélérer la fin du travail si l'on veut prévenir la mort du fœtus. La méthode de Ould et de Smellie (1), qui consiste à porter deux doigts dans le rectum pour empêcher le front de remonter, ne ferait que favoriser l'étranglement des parties et ne doit pas être employée. Celle de Burton (2), qui conseille de rompre le cordon trop court près de l'ombilic, étant inapplicable et dangereuse, ne mérite pas de nous occuper ici. Au surplus, il est heureux que ces causes de dystocie n'existent que rarement, car il est difficile de les reconnaître tant que la tête n'a pas franchi le détroit inférieur. Sauf quelques cas où l'extrémité pelvienne vient la première et dans lesquels on peut sentir le cordon fortement tendu, soit entre la racine des cuisses, soit autour d'un membre, soit tout simplement le

(1) *Traité de la théorie et pratiq.* etc., tome II, p. 381.

(2) *Nouv. systèm. des accouch.* etc. p. 252

long de l'abdomen, on ne peut guère en soupçonner l'existence qu'en s'appuyant sur des conjectures trop vagues et trop incertaines pour mériter une grande confiance.

Cependant si on parvenait à reconnaître la brièveté du cordon, on devrait s'empresser de le couper, en cas que l'enfant fût réellement en danger, et le travail encore loin de se terminer. On aurait soin, ensuite, de délivrer la femme le plus promptement possible, soit avec la main, soit avec le forceps. Quand on ne s'aperçoit des circulaires sur le cou qu'au moment où la tête sort, il est en général très facile d'y remédier. S'il existe une anse très lâche avec une tige ombilicale très-longue, le plus souvent le fœtus n'en sort pas moins bien, et il n'y a rien à faire. Dans le cas contraire, on dégage ou bien on coupe cette anse, afin que la respiration ne tarde pas plus long-temps à s'établir, et afin de pouvoir dégorger la tête en laissant saigner le cordon, comme il sera dit à l'article apoplexie du nouveau-né. M. Smith (1), qui cite un cas d'inversion utérine, produite par la brièveté du cordon, recommande avec raison, pour relâcher les circulaires de cette tige, de tirer d'abord sur sa portion placentaire, et de la faire glisser ensuite du côté des épaules plutôt que par dessus la tête.

§ V. Anévrysme.

Un anévrysme à l'intérieur des cavités splanchniques ou même sur les grosses artères externes, est toujours une maladie grave; mais elle est rendue bien plus dangereuse encore par les efforts du travail. Les contractions musculaires et le refoulement du sang qui en est la suite, détermineraient facilement une rupture de la tumeur sanguine, si on ne s'empressait pas de vider la matrice. Il faut donc, dans ces cas, engager la malade à n'aider ses douleurs que le moins possible, et, dès que le col est suffisamment dilaté ou dilatable, extraire l'enfant avec la main ou le forceps.

---

(1) *Journal des Progrès*, 1re série.

§ VI. Asthme, hydrothorax, gibbosité, hydropisie, etc.

Toutes les maladies qui rendent la respiration difficile, peuvent obliger à ne pas abandonner l'accouchement aux seules ressources de l'organisme. Tout le monde sait que les asthmatiques sont bientôt menacés de suffocation, dès qu'ils se livrent à quelque exercice un peu violent; qu'il en est de même de ceux qui sont affectés d'un épanchement dans la poitrine ou chez lesquels la libre expansion des poumons est gênée par une déviation du rachis, etc. Aussi les praticiens ont-ils conseillé dans ces circonstances de ménager les efforts de la femme et de la délivrer artificiellement aussitôt que l'état des parties permet d'aller saisir l'enfant sans trop de danger.

Le même précepte a été donné lorque l'accouchement est compliqué par la présence de quelque tumeur volumineuse dans l'abdomen, ou d'une hydropisie de cette cavité; alors, comme dans les cas précédens, les efforts de la malade pourraient faire craindre l'asphyxie, ou seraient du moins le plus souvent suivis d'un colapsus dangereux.

Cependant je dois faire remarquer que plusieurs femmes hydropiques accouchent presqu'aussi facilement que celles qui jouissent de la meilleure santé. J'ai vu, à l'hôpital de Perfectionnement, en 1824, une ascitique qui était à sa trente-sixième ponction, et qui n'en accoucha pas moins très-naturellement dans l'espace de quelques heures. En 1826, il en vint une autre, dans le même établissement, qui était hydropique depuis quatre ans, et dont le travail ne dura que deux heures, bien que son ventre fût énorme et que pendant sa grossesse on lui eût tiré plusieurs fois, par la paracenthèse de l'abdomen, dix et quinze litres de liquide.

Mauriceau (1) parle d'une femme hydropique depuis neuf ans, qui, pendant ce temps, n'en accoucha pas moins de quatre enfans vivans.

---

(1) *Malad. des femmes gross.* etc. p. 59.

Toutefois, dans l'ascite, les muscles du ventre, en général très affaiblis et séparés de la matrice par une couche épaisse de liquide, n'ont plus qu'une action médiate très-peu énergique comme puissance expultrice. Il m'a d'ailleurs paru que la plupart des femmes hydropiques qui deviennent ainsi grosses, et accouchent sans accident, étaient affectées d'une hydropisie enkystée plutôt que d'une ascite proprement dite. On peut voir à ce sujet une observation de Schenk, celle de M. Langstaff (1), et surtout le mémoire de Scarpa (2).

§ VII. Hernies.

Quand la hernie, n'importe de quelle espèce, est réductible, on la fait rentrer avant que les douleurs ne soient très-fortes; lors de chaque contraction, on en prévient la sortie, en tenant le pouce, une pelote ou la main sur l'ouverture qui lui avait livré passage. C'est l'accoucheur ou tout au moins un aide sur l'intelligence duquel on puisse compter, et non la femme qui doit se charger de cette manœuvre. Quand elle est ancienne et irréductible, il faut se contenter de la soutenir exactement, afin d'empêcher son étranglement et que de nouvelles portions de viscères ne viennent pas s'ajouter à celles qui sont déjà dans la tumeur. Du reste, l'accouchement ne réclame aucun secours particulier, et l'on doit se borner à diminuer la tendance qu'ont les femmes à faire valoir leurs douleurs. Néanmoins, si la violence des efforts était telle que rien ne pût contenir la descente, que déjà il y eût étranglement et que le travail fût avancé, il faudrait extraire l'enfant avec les précautions convenables, aussitôt que la dilatation du col le permettrait.

---

(1) *Archiv. gén.* tome VIII, p. 267.

(2) *Mém. de chir. étrang.* tome I, Genève.

§ VIII. Syncopes, faiblesse.

Il est des femmes tellement délicates ou tellement irritables et nerveuses, qu'elles tombent en syncope aux moindres douleurs. D'autres fois les syncopes et les défaillances sont dues à la distension extrême de l'utérus, à la force des contractions, à l'inanition, à une hémorrhagie, etc. Chez une dame enceinte de deux enfans, Desormeaux les a vues durer pendant tout l'intervalle des contractions et la femme ne sortir d'un pareil état qu'au moment où la matrice réagissait avec violence sur son contenu. Les antispasmodiques, les opiacés, soit sur le col utérin, soit à l'intérieur, par la bouche ou l'anus, les teintures et autres médicamens cordiaux, quelques cuillerées de bon vin, de bouillon, des alimens légers, etc., pourront être tentés tour-à-tour, ou successivement, selon les circonstances; mais, dit Desormeaux, si la vie de la femme est menacée, on ne peut pas attendre l'effet des remèdes, si bien choisis qu'ils aient été. Temporiser alors, serait une faute grave; il faut s'empresser de terminer l'accouchement pour prévenir un épuisement fatal.

Il est rare que *la faiblesse* proprement dite rende l'accouchement difficile. Tous les jours on voit dans la pratique des femmes valétudinaires, phtisiques, qui ont peine à se soutenir, accoucher sans secours. Il en est d'autres qu'un état léthargique, d'asphyxie, n'empêche point de se délivrer naturellement, et plus d'une fois on a vu la matrice conserver assez de contractilité chez des femmes mourantes ou qui venaient d'expirer, pour déterminer l'expulsion de l'œuf. Deux raisons principales font que, dans ces cas, les secours sont le plus souvent inutiles: 1° si les muscles et l'utérus ont en grande partie perdu leur faculté contractile, les parties molles du bassin et le périnée offrent aussi beaucoup moins de résistance; 2° les femmes les plus faibles, celles même dont la vie semble être sur le point de s'éteindre, retrouvent ordinairement en elles un courage et une énergie qui contrastent d'une manière frappante avec leur épuisement extrême.

Cependant il n'est pas rare de voir ces efforts momentanés suivis d'un accablement, d'un affaissement dont les femmes ne se relèvent qu'après avoir couru les plus grands dangers. Plusieurs même sont à peine délivrées qu'elles tombent dans un collapsus mortel, ou s'éteignent insensiblement au bout de quelques heures; comme si, en réagissant avec quelque violence, la nature n'avait eu pour but que de terminer heureusement le grand acte de la reproduction, au risque d'épuiser en un instant le peu de forces qui restaient encore dans les organes! Une jeune femme enceinte de six mois, au treizième jour d'une phlébite et d'un état adynamique très-prononcé, est prise des douleurs de l'avortement à quatre heures du matin. A dix heures, le col est souple et large comme une pièce de trois livres; à chaque contraction, les cris, les angoisses et l'agitation ramènent des forces qu'on eût été loin de soupçonner quelques heures auparavant. On engagea cette malheureuse à redoubler de courage, à faire valoir ses efforts. L'enfant sortit en effet vers onze heures; mais une heure plus tard elle n'existait plus.

En conséquence, dès que le col est suffisamment dilaté, toutes les fois qu'en abandonnant la femme à ses propres ressources on a lieu de craindre un épuisement trop considérable, la prudence exige qu'on ait recours à l'accouchement forcé. Alors le forceps doit être préféré, si la version n'est pas rigoureusement indiquée, attendu qu'il en résulte moins de fatigue pour la femme.

§ IX. Ruptures diverses.

Les efforts auxquels les femmes en travail sont obligées de se livrer, exposent à une foule de déchirures qui peuvent nécessiter quelque soin.

A. *Goître.* Le corps thyroïde se gonfle et se gorge tellement de liquide dans certains cas, qu'il reste ensuite dans un état de véritable hypertrophie dont on est loin d'obtenir toujours la résolution.

B. *Emphysème.* Le gonflement du cou pendant le travail

est quelquefois étranger à la glande thyroïde et tient à un épanchement d'air dans le tissu cellulaire. Une éraillure de la trachée peut survenir, et alors c'est un véritable emphysème qui se manifeste. M. Jourdain (1) en a publié un exemple curieux, et la poitrine était prise en même temps que le col dans celui qu'indique M. Campbell (2).

C. *Trompe.* Une trompe peut aussi se déchirer avec ses veines ou les artères. M. Godelle (3) parle d'une femme qui mourut d'hémorrhagie à la suite d'un coup, et chez laquelle on trouva une rupture de la trompe. La mort eut lieu par suite d'une hémorrhagie que causa la rupture d'une des veines du ligament large, dans le cas de grossesse tubaire observé par M. Ollivier (4). Une déchirure peu étendue du kyste amena promptement une hémorrhagie mortelle, dans le cas de grossesse de la trompe que j'ai observée avec M. Dupré, et dans le cas de grossesse interstitielle dont M. Girardin m'a communiqué l'observation avec la pièce anatomique.

D. *Vaisseaux hypogastriques.* Il en est de même des vaisseaux hypogastriques ou de l'ovaire. Un cas de ce dernier genre a été observé par M. Blizard (5); M. Ogle (6) en avait déjà indiqué un, et on en a cité un autre (7) récemment. L'accident est grave alors, et la mort peut en être le résultat presque immédiat.

E. *Vessie.* Nous avons vu plus haut (8) que la vessie elle-même n'est point à l'abri de ces sortes de ruptures et quels pourraient en être les dangers.

F. *Psoas.* Les muscles qui entourent le détroit, les psoas

---

(1) *Annal. de la méd. physiol.*
(2) *Bibl. méd.* 1826., tome II, p. 279.
(3) *Archiv. gén. de méd.* 2e sér. tome V. p. 403.
(4) *Journal univ des Sc. méd.* tome XXX, p. 100.
(5) *Journal des Progrès*, tome I.
(6) Merriman, *Synopsis of difficult parturit.* etc., p. 116.
(7) *Transact. méd.* tome IV, p. 205.
(8) *Voyez Hygiène du travail.*

surtout, par suite de leurs attaches aux rachis et au fémur, violemment tendus et pressés, se déchirent aussi dans certains cas, comme l'a d'ailleurs très-bien établi Chaussier (1). Les muscles droits de l'abdomen sont dans le même cas.

G. *Ombilic.* Il n'est pas jusques aux parois du ventre qui ne puissent se rompre dans toute leur épaisseur, particulièrement vers les points qui ont été le plus fortement tiraillés ou amincis pendant la grossesse. Bartholin (2) parle d'une femme qui se donna ainsi une rupture de l'ombilic.

H. *Sternum.* L'effort va quelquefois en outre jusqu'à disjoindre ou briser les os, non seulement ceux du bassin, mais encore le sternum. C'est un fait que Chaussier (3) a pu constater une fois à la Maternité, et dont MM. Comte et Martin-Saint-Ange (4) ont rencontré depuis un autre exemple.

De tous ces accidens il naît une indication commune : terminer l'accouchement le plus tôt possible, soit avec le forceps, soit par la version, à moins qu'il ne suffise de quelques efforts modérés pour le compléter sans secours. On agit ici pour les mêmes motifs et de la même façon que dans les circonstances précédentes.

§ X. Ruptures de l'utérus.

Accident redoutable et souvent méconnu, la rupture de matrice s'observe surtout pendant le travail. Il n'est pas rare cependant de la rencontrer aux autres époques de la grossesse.

Pendant la gestation, elle eut lieu à deux mois chez la femme observée par M. Moulin (5); à trois mois dans le cas rapporté par M. Collineau (6) et dans celui de M. Puzin (7);

---

(1) *Bulletins de la Faculté*, 1819, p. 34.
(2) *Collect.* de Bonet, tome III, p. 410.
(3) Deneux, *Compte rendu* de la Maternité, etc.
(4) *Revue. méd.* 1827, tome IV, p. 260.
(5) *Archiv. gén.* tome IX, p. 132.
(6) *Bulletin de Férussac*, tome I, p. 355.
(7) *Thèse*, Paris, 1809.

à quatre mois dans celui de M. Campbell (1); à quatre mois aussi chez une femme dont l'utérus était double et que cite Canestrini (2). Dionis (3) l'a vue à six mois. Plus on approche du terme, plus elle est commune. Elle eut lieu à six mois dans l'exemple de M. Hott (4); à quatre ou cinq mois dans celui de M. Egge (5); à quatre mois encore chez une des malades de M. Daparque (6). Alors elle est ordinairement préparée de longue main par une maladie de l'utérus, ou déterminée par une violence extérieure, et n'a presque jamais lieu vers le col.

Comme la mort n'en est pas toujours la suite, et que le fœtus ou les débris de l'œuf ne s'échappent parfois de la cavité abdominale que long-temps après, les ruptures de la matrice sont ainsi devenues l'origine d'une foule de prétendues grossesses extra-utérines. Je pourrais en relater ici un grand nombre d'exemples, s'il ne s'en trouvait pas déjà plusieurs parmi ceux que j'ai indiqués à l'article grossesse contre nature. Plusieurs des grossesses dites utéro-tubaires, celles dont parlent Patune, Hay, et M. Mondat entre autres, ne reconnaissent probablement pas d'autres causes, au reste. La même chose se remarque chez les animaux. Une brebis, observée par M. Hirtz (7), et qui avait reçu un coup de pied de cheval dans le flanc pendant sa gestation, eut bientôt après une tumeur vers ce lieu, tumeur dont il sortit un agneau vivant.

Les ruptures de matrice *pendant le travail* ont à peine fixé l'attention des anciens. Albucasis semble cependant en don-

---

(1) *The Lancet*, 1829, vol. I, p. 33.

(2) Burns, *Principl. of midwif.* etc., p. 261.

(3) *Operat.* tome I, p. 156.

(4) Lond. *med. Reposit.* mai 1817.

(5) *Med. and. phys. Journal*, novembre 1817.

(6) *Mém. à la Soc. d'Émul.* 1834, p. 43.

(7) Deubel, *Thèse*, Strasb. 1830, p. 59.

ner une observation. F. Plater (1) parle de la concubine d'un prêtre, qui, en 1584, après un travail de huit jours, éprouva des tourmens horribles, et dont le fœtus vint se présenter plus tard à l'ombilic. F. de Hilden (2) cite un fait analogue, observé en 1593, et en tire deux autres de Cornarius; mais c'est Guillemeau qui le premier semble avoir bien compris la nature du phénomène que ses devanciers se bornent à indiquer.

Les exemples qu'il en rapporte sont constans, et prouvent qu'il l'avait positivement observée. Chez une femme qui avait été prise de convulsions, et que voyait le chirurgien Binet, le fœtus était passé dans le ventre et la matrice largement déchirée. Chez une autre, morte d'hémorrhagie, la rupture occupait le côté gauche, et Guillemeau (3) ne manque pas de faire remarquer que dans ces cas malheureux il faut accoucher brusquement la malade. Depuis lors, les observations s'en sont multipliées à l'infini.

La fente avait lieu à droite, et la tête était passée dans le ventre avec les bras du fœtus, chez une femme dont parle Behling (4). Muller (5), qui a trouvé le col fort épais, prétend que le fond et les côtés ne sont pas sujets à ces ruptures; ce qui est justement le contraire de ce que soutient M. Deneux (6), et de ce qu'on observe en effet. Planque (7) en indique une qui fut constatée par l'ouverture du cadavre. Cette femme, citée par Rivailler (8), et qui, après en avoir éprouvé tous les symptômes, eut au nombril une tumeur dont le fœtus sortit par

---

(1) *Collect.* de Bonet, tome III, p. 13.

(2) Bonet, p. 485, 487.

(3) *Œuvres complètes*, in-folio, p. 319.

(4) *Thèses* de Haller, extr. tome II, p. 115.

(5) *Ibid.* p. 130.

(6) *Journal gén.* tome XXI, p. 105.

(7) *Bibl. de méd.*, etc., tome I, p. 113.

(8) *Ibid*, p. 102.

lambeaux, est également un exemple de rupture utérine. C'est à un travers de doigt au-dessus du col que l'a rencontrée Saviard (1). C'est au fond que Solingius (2) l'a vue. V. D. Wiel (3) raconte le fait d'une femme qui en fut affectée à sa cinquième couche, au point que les intestins s'engagèrent dans la cavité utérine.

La *fréquence* de ces ruptures est d'ailleurs assez grande pour que Grégoire (4) en eût, à lui seul, observé seize exemples; pour que MM. Wickers et Ramsbotham (5) en aient observé chacun douze; pour que, sur 8,600 accouchemens, Clarke et M Powell (6) en aient signalé vingt, pour que M. Coffinière (7), qui pratiquait en province, en ait rencontré quinze à lui seul; et pour que le traité de Crantz (8), le mémoire de Douglas (9), qui en emprunte deux observations à Peu, deux à De La Motte, deux à Garthsore, deux au journal de médecine de 1780, une à Heister, une à Saviard, une à Hamilton, une à Pouteau, une à Steidèle, afin de les joindre aux trois cas qui lui sont propres; la thèse et le mémoire de M. Deneux (10), le rapport de Baudelocque (11) sur Piet, le travail de M. Dewees (12), et le mémoire de madame Lachapelle, n'aient point empêché de sentir le besoin d'un nouveau travail sur ce point. M. Lambert (13), qui les regarde comme très rares, pourrait bien avoir tort par conséquent de n'en admettre qu'un cas

---

(1) V. d. Wiel, p. 161.
(2) V. d. Wiel., tome II, p. 315, obs. 30, c. 1.
(3) *Ibid.* c. I, p. 284, obs. 66.
(4) *Bibl.* de Planque, in-4°, tome I, p. 121.
(5) *Ingleby*, p. 242.
(6) *Bibl. med.* tome IX, p. 120.
(7) *Journal gén.* tome VI, p. 444.
(8) *De utero rupto*, etc., dans Puzos.
(9) *Rupt. uter.*, 1785.
(10) *Journal gén.* tome XXI, p. 105, tome LXIX, p. 39.
(11) *Ibid.* tome IV, p. 253, t. 3.
(12) *Bulletin de Férussac*, tome IV, p. 276.
(13) *The Lancet*, 1829, vol. I, p. 314.

sur mille, bien que M. Pacoud (1) ne parle que de deux ruptures de matrice sur 4,180 accouchemens qu'il mentionne.

A. Causes.

Les causes de la rupture utérine sont de deux ordres, *prédisposantes* ou *déterminantes*. Les premières se rapportent aux vices des organes génitaux ou du bassin, aux maladies de la matrice, et aux positions vicieuses du fœtus. Les deuxièmes appartiennent aux contractions utérines, aux agens extérieurs et aux mauvaises manœuvres employées par l'art.

Un squirrhe, comme l'a vu Schulzius, une tumeur fibreuse, une cicatrice, favorisent la rupture utérine en affaiblissant la région qu'ils occupent. Il en est de même, à plus forte raison, du ramollissement, des ulcérations, de l'amincissement partiel qu'on remarque souvent à l'intérieur de l'organe gestateur, et que madame Lachapelle a particulièrement noté comme cause des ruptures qu'elle appelle chroniques. Une dureté cartilagineuse du col, déjà indiquée par Freid, une occlusion complète ou incomplète de l'orifice en feraient autant. C'est à une oblitération du vagin qu'il faut la rapporter dans le cas cité par M. Lombard (2). Elle fut le résultat d'une fermeture de la vulve et du vagin chez la femme dont parle M. Hare (3). Une tumeur osseuse du bassin peut aussi la produire, comme dans le cas de M. Holt (4). La crête postérieure de la symphyse pubienne, la déviation en arrière du bord supérieur des pubis, une grande proéminence de l'angle sacro-vertébral, l'étroitesse de l'entrée du bassin, sont dans le même cas. Tout ce qui peut mettre obstacle à la sortie du fœtus enfin, doit être admis comme cause prédisposante des ruptures utérines. Les mauvaises positions

---

(1) *Compte rendu de la* Maternité de Bourg., 1827.

(2) *Gaz. méd.* 1831, p. 123.

(3) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 696.

(4) *Journal univ. des Sc. med.* etc., ou Merriman, etc.

de l'enfant agissent d'abord de la même façon. Ensuite elles déterminent des rapports tellement inégaux entre la puissance et la résistance pendant le travail, que la plupart des efforts de l'utérus s'épuisent sur les saillies les plus irrégulières de l'enfant.

Pour rejeter cette cause, on s'est fondé sur ce qu'en se contractant, la matrice commence toujours par transformer en ovoïde le corps qu'elle renferme, et par en régulariser la périphérie ; sur ce que les contractions partielles de cet organe n'ont point encore été démontrées, et paraissent même tout-à-fait impossibles; sur ce qu'un fœtus, dont toutes les parties étaient dures et roides comme du bois, n'a occasionné aucune déchirure, malgré les efforts extrêmes qu'il a nécessités. Mais l'auteur s'est laissé abuser ici par une théorie complètement fautive, quoique spécieuse. La matrice n'est point un muscle unique. Il est maintenant prouvé que chacun de ses points peut se contracter sans les autres, qu'elle se moule en quelque sorte sur les diverses parties du fœtus, après la sortie des eaux dans certains accouchemens. L'exploration attentive de l'hypogastre m'en a souvent donné la preuve, et c'est un fait dont il est aisé de se convaincre dans les tentatives d'un grand nombre de versions. Parmi les exemples de ruptures dues aux saillies du fœtus, je citerai celui que la science doit à M. Mazzoni (1). Là, le genou de l'enfant, arcbouté contre l'angle sacro-vertébral pendant une violente contraction, en devint évidemment la cause. Il n'en est pas moins vrai, comme le soutient déjà Rœderer, et comme le veut surtout M. Sarrois (2), que cette cause, ainsi que les causes déterminantes en général, seraient rarement en état de produire l'accident, sans une lésion préalable de l'utérus.

Nul doute qu'une ventrière, qu'une compression mal faite et agissant de bas en haut ou des pubis vers la poitrine, au

(1) *Statistica ostetr.*, etc., p. 27. Florence, 1833.

(2) *Thèse*, Montpellier, 9 nivose an VIII.

lieu de partir de l'ombilic vers le bassin, ne puisse aider la matrice à se rompre pendant le cours du travail ; qu'il n'en soit de même d'un coup, d'une chute, d'une violente pression quelconque, d'un coup de corne de taureau ou de vache, comme dans les exemples de Lechaptois, Lair, et de deux autres que cite M. Duparcque (1).

Mais aucune de ces violences n'est propre à l'accouchement, et les ruptures de l'utérus pendant le travail n'en sont pas moins le résultat ordinaire des contractions mêmes de la matrice. Les mouvemens du fœtus, invoqués par Levret (2), et encore par M. Egge (3), n'y concourent en rien.

Quant aux manœuvres obstétricales, on conçoit que les efforts de la version, que l'emploi du forceps, du levier, des crochets ou de tout autre instrument porté dans la matrice, peuvent les rendre extrêmement dangereuses. Ce dernier genre de causes, toutefois, ne se rencontre guère que dans les ruptures du col et du vagin. C'est là en effet qu'elle avait lieu dans les cas de M. Haime, M. Henschell, M. Duparcque (4), M. Amussat, M. Coffinière, et dans celui que j'ai moi-même observé.

B. Mécanisme et siége.

Qu'elle soit passive, au surplus, comme pendant la grossesse, et par compression, ou active comme pendant le travail, et par contraction, la déchirure de la matrice ne s'en fait pas moins le plus souvent par le même mécanisme, c'est-à-dire de dedans en dehors et d'une manière indirecte. Quand on comprime l'utérus distendu, il finit par céder, non dans l'un des points qui supportent l'action comprimante, mais dans le point le plus faible. En réagissant lui-même sur

(1) *Traité des rupt. utér.*, 1834, p. 10, 16.
(2) *Art des accouch.* etc., p. 109.
(3) *Bibl. méd.* 1829, tome I. p. 94.
(4) *Mém. à la Soc. d'Émulat.* p. 20, 21.

son contenu, il se rompt aussi vers le lieu le moins résistant et non pas nécessairement, dans le point le plus distendu.

Il suit de là que le *siége* des ruptures utérines est moins variable qu'on ne le croirait de prime abord.

Le *col* et le haut du vagin en sont le plus souvent affectés, parce que c'est sur ces points que portent habituellement les manœuvres réclamées par les accouchemens laborieux; 2° parce que c'est la région la plus mince et la plus affaiblie au moment du travail; 3° parce que c'est sur elle qu'agit avec le plus de violence la tête ou quelqu'une des parties saillantes du fœtus; 4° parce que tous les efforts de la matrice tendant à l'entraîner vers le fond, il se trouve sous l'influence de deux forces également puissantes; 5° enfin, parce qu'en courbant l'utérus en arrière, les contractions des muscles abdominaux le distendent de plus en plus vers l'angle sacro-vertebral.

La rupture se fait ensuite vers le *fond* ou *les côtés*, *à gauche*, surtout, parce que ce sont les régions le plus mal soutenues de l'organe. Si le fond en est le point le plus épais, le placenta qui s'y insère et en gène les contractions le rend aussi moins dense et moins résistant. La *région postérieure* y est un peu plus exposée que l'autre parce qu'elle n'appuie que sur les rachis. Enfin si le col lui-même avec le haut du vagin en sont si souvent pris en *arrière et à gauche*, c'est que le fœtus est naturellement porté dans ce sens par sa propre inclinaison et celle de l'axe du détroit; c'est aussi parce que la moitié postérieure du col est sensiblement plus mince et plus mal soutenue que l'antérieure qui est protégée par le bas-fond de la vessie; c'est enfin que l'axe de la vulve ou du détroit inférieur rejette presque forcément la main ou les instrumens dans cette direction.

Les autres causes prédisposantes expliquent du reste pourquoi on observe quelquefois la rupture utérine sur des points différens.

La déchirure qui permettait à la main de pénétrer dans la vessie, et dont parle M. Champenois (1), avait été opérée par

---

(1) *Dict. des Sc. méd.* tome LVI, p. 463.

une sage-femme maladroite. Elle comprenait aussi la vessie dans l'exemple donné par M. Sousa Ferras (1). Il en était de même dans celui de Lecieux (2), puisque le fœtus passa dans cette poche de manière à ce que les os devinssent autant de noyaux de calculs. M. Broyles (3) l'a vue en avant et transversale, au niveau des pubis. M. Egge (4) en avant et vers le fond, MM. Coquin et Capon (5) en avant et en bas. M. Hendrie (6) dit aussi qu'elle était en avant, à l'union du corps et du col. Celle qu'a publiée M. Malgaigne (7), et qui occupait le même siége me paraît avoir été produite par la version, bien plus que par l'emploi du seigle ergoté. Dans un des cas de M. Campbell (8), elle était à la paroi antérieure du corps. Barbaut (9) l'a vue une fois en haut et en arrière, puis une autre fois au fond.

M. Hott (10) la rapporte au fond. M. Bernard-Latouche (11) en dit autant pour celle qu'il a observée et qui était en travers. Il en était de même dans les cas de Runge (12) et de Toutaint-Beauregard (13). Levret (14) ne la croyait plus fréquente vers le fond ou sur le point opposé au placenta, que par suite d'idées théoriques, et non en se fondant sur l'observation raisonnée des faits. C'est au côté gauche du fond qu'elle existait dans le cas de Bozan, cité par Millot (15); au fond près de la corne

---

(1) *Archiv. gén. de méd.* tome XVIII, p. 109.
(2) Laennec-Piquot, *Thèse*, n° 194, Paris, 1822.
(3) *Bibl. méd.* tome IX, p. 120.
(4) *Ibid.* 1829, tome I, p. 94.
(5) *Bulletins de la Faculté*, 1812, p. 86.
(6) *Rev. méd.* tome IV, p. 289.
(7) *Gazette méd.* 1832, 8°, tome III, p. 60.
(8) *The Lancet*, 1829, vol. I, p. 33.
(9) *Cours d'accouch.* tome II, p. 81.
(10) *Med. reposit.* vol VII, ou Merriman, p. 112.
(11) *Journal compl.* tome V, p. 189, ou Burns, oper. citat.
(12) Heister, *Inst. chir.* part. 2e, p. 728.
(13) *Journal de méd.* tome XXIX, p. 68, ou Duparcque, p. 378.
(14) *Art des accouch.* p. 110.
(15) *Supplém. à tous les traités d'accouch*, tome I, p. 151.

gauche, dans celui de M. Collineau (1). Elle s'étendait du col au ligament large, dans l'exemple donné par les transactions de 1701 (2), du fond au col dans celui de M. Glen (3). Elle occupait la paroi postérieure dans celui de Hawley (4). A. Leroy (5), qui ne la croit pas possible au fond, dit l'avoir vue au-dessus du col, sur une cardeuse de matelas, et que c'est la partie latérale inférieure qui en est le plus souvent affectée. M. Mazzoni (6) l'a observée au-dessous de la trompe gauche. Dans le cas de M. Champion (7), comme dans celui que V. D. Wiel (8) vit avec Solingen, l'ouverture se trouva un peu au-dessus du col. C'est à la partie supérieure et latérale qu'elle existait chez cette dame qui mourut à la suite d'un bal, et dont parlent MM. Guibert et Moulin (9).

M. Coffinière (10), qui dit en avoir rencontré quinze exemples, presque tous produits par des manœuvres intempestives ou maladroites, ne parle que du col et de la partie supérieure du vagin. La rupture était utéro-vaginale dans le cas de MM. Whatman et Smith (11), Conquest (12), Birch (13), d'un de ceux de M. Campbel (14), et de M. Duparcque (15). Celui qu'a publié M. Amussat (16), et qui avait aussi ce siége, résultait,

---

(1) *Bulletin de Férussac*, tome I, p. 355.
(2) N° 269, art. 4, p. 787.
(3) Merriman, *sinops. of. diff. part.* p. 268.
(4) *Ibid.* oper. citat., p. 265.
(5) *Histoire de la grossesse*, etc., p. 41.
(6) Oper. citat., p. 27.
(7) *Dict. des c. méd.* tome LVI, p. 463.
(8) Obs. rarior., vol. I, p. 284.
(9) Thévenot, *Thèse*, n° 85, Paris, 1827, ou *Journal univ.* tome IX, p. 382.
(10) *Journal de méd.* tome VI, p. 444.
(11) *Archiv. gén.* tome XIX, p. 96, *Journal des Progrès*, tome XII.
(12) *Journal des Progrès*, tome XIII.
(13) *Ibid. et Arch. gén.* tome XIX, p. 98.
(14) *Ibid.* et *Bulletin de Férussac*, tome V, p. 88.
(15) *Bulletin de Férussac*, tome I, p. 354, *Journal gén.* févr. 1824.
(16) *Journal gén.* tome LXIX, 6. 234.

comme ceux de M. Coffinière, de mauvaises manœuvres. M. Blundell (1), dit également l'avoir rencontrée en arrière et au col, et qu'elle est le plus souvent transversale. M. Powell et Clarke ont observé la même chose à Dublin. M. Henschell (2) en a encore fait connaître un exemple. M. Haime (3), qui rappelle celui de Courtial, en a recueilli un pareil et des plus intéressans par le soin avec lequel il a été rédigé. Celui que M. Moreno (4) a fait connaître et qu'il prit pour une grossesse extra-utérine, appartient évidemment à ce genre. Il en est de même de l'observation recueillie par M. Chevreul (5), en 1781.

C. Ruptures incomplètes.

La rupture du col n'est pas toujours complète, surtout quand elle occupe les lèvres ou le cercle vaginal de cet orifice. Ce n'est alors qu'une simple fente qui, d'abord très-profonde, à cause de l'allongement des parties, ne tarde pas à se rétrécir au point de disparaître presqu'en totalité. Si elle s'étend plus profondément, la paroi vaginale peut y participer sans se laisser perforer en entier. Dans quelques cas enfin, elle pénètre jusqu'au péritoine qui reste intact. Plusieurs exemples de ce dernier fait ont été publiés. Dans l'un, M. Radford (6) dit que la déchirure allait du col vers le fond. L'enfant était hydrocéphale et la tête seule était restée en partie dans le vagin. Il n'y eut aucune hémorrhagie, et le péritoine était parfaitement conseví. L'utérus formait une tumeur distincte à gauche en même temps que le fœtus en constituait une seconde à droite.

---

(1) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 517, vol. II, p. 549.
(2) *The Lancet*, 1829, vol. I, p. 647.
(3) *Archiv. gén. de méd.* tome XXII, p. 121.
(4) *Ibid.* tome XIX, p. 300.
(5) *Précis de l'art des accouch.* etc,, 166.
(6) *Lond. méd. and. surg. Journal*, juillet 1832, p. 735.

M. Duparcque (1) a rencontré de son côté deux cas où la rupture du col, ayant laissé le péritoine intact, fut suivie d'une infiltration de sang et de pus vers les lombes, la fosse iliaque, etc. Une dame, déjà mère de six enfans, m'a offert un exemple pareil. La dilatation s'était régulièrement opérée, mais la tête avait pris une position vicieuse. Un changement d'attitude de la femme fut suivi du passage brusque du crâne dans l'excavation, et d'une douleur déchirante vers le fond de l'hypogastre. La mort eut lieu le troisième jour. Le col était rompu jusqu'au péritoine en arrière et à gauche, une peritonite générale en avait été la conséquence. Mais le plus remarquable de tous est celui qu'on a recueilli à la Maternité de Paris (2) et où l'on voit que le péritoine conservé avait empêché un foyer considérable de sang de s'épancher dans le ventre en le forçant à gagner aussi vers les lombes.

L'utérus est encore sujet à une autre variété de rupture incomplète, également passée sous silence jusqu'à ces derniers temps. Dans le cas précédent, la division se fait de l'intérieur à l'extérieur, c'est-à-dire de la cavité utérine vers le péritoine. Dans celui-ci, on observe tout le contraire; c'est par le péritoine que la déchirure commence. Le premier cas est plus fréquent qu'on ne pense. S'il n'a pas fixé d'avantage l'attention des accoucheurs, c'est qu'à moins que la fente ne soit très profonde, la guérison s'en opère le plus souvent sans faire naître d'accidens graves. J'ai déjà dit que la portion libre, et quelquefois aussi le reste du col, en sont le point de départ ordinaire. Le deuxième n'a été mentionné jusqu'ici que par un petit nombre de praticiens. On en doit un exemple à Clarke (3). La malade mourut en 14 heures, sans être délivrée. La région postérieure de l'utérus offrait un très grand nombre de fentes, de lacérations ou de fissures, qui ne compre-

(1) *Soc. méd d'Émulat.* p. 207, 1834.

(2) *Journal hebdom.* tome IV, p. 217, 228, *Journ. compl.* tome XLI, p. 200.

(3) *In prov. of med. and surg. Knowledge*, vol. 3.

naient que le péritoine, et qui étaient couvertes d'un léger épanchement de sang. Ramsbotham (1) en rapporte un autre. La fissure, également placée en arrière, avait plusieurs pouces d'étendue, et n'avait pas non plus intéressé le tissu propre de la matrice. M. Chatto (2) en a publié une troisième. La déchirure se voyait près du fond de l'organe, avait l'étendue d'une *crown piece*, était entourée de plusieurs autres petites fissures, et pénétrait à quelques lignes de profondeur dans la couche musculaire. Enfin, M. White (3), qui a rassemblé ces faits, en décrit un quatrième dans lequel il y avait deux longues déchirures en avant, puis un troisième qui comprenait en même temps une légère couche du tissu utérin. La mort alors paraît dépendre de l'épanchement de sang qui se fait dans le péritoine. Du moins, est-ce ainsi qu'on peut la comprendre pour les observations de Ramsbotham, de M. Chatto et de M. White. Quant à celle de Clarke, il faudrait une autre explication ; car on ne trouva qu'environ une once de sang près du ligament large.

Peut-être qu'en précipitant le travail, qu'en vidant rapidement l'utérus, soit par la rupture des membres, soit même par l'extraction de l'enfant, on mettrait un terme en pareil cas à l'hémorrhagie, comme M. Ch. Johnson l'écrit à M. White; mais comment se douter de cet accident pendant la vie? D'ailleurs, quel secours pourrait-on espérer d'un semblable moyen, quand les symptômes sont assez graves pour permettre d'en soupçonner la nature ?

D'un autre côté, la rupture, qui est souvent transversale dans le cul de sac vaginal, peut aller au point de séparer presqu'en entier l'utérus du vagin. J'ai rencontré deux fois cette circonstance, et, dans les deux cas, elle avait été produite par de violentes manœuvres, avec le forceps ou avec la main.

---

(1) *Pract. observat. in midwif.*, etc., p. 409.

(2) *Lond. med. Gazette*, 1832, p. 630.

(3) Dublin, *Journ. of med. sc.*, etc., July, 1834.

Barbaut (1) cite deux cas semblables, et M. Roberton (2) en indique un autre.

Appliqué sur la tête, qu'il semble coiffer, le col est facilement pincé par le forceps et détaché par sa circonférence externe soit d'un côté seulement, soit avec les deux cuillères en même temps. Alors il en résulte une ou plusieurs boutonnières, de larges brides ou des lambeaux qui se rétractent considérablement après la délivrance. J'en ai vu trois exemples. Dans l'une, l'extrémité des quatre doigts pouvait pénétrer entre la bride et les parois utéro-vaginales. La tête même peut causer ce décollement du col, en le poussant devant elle, ainsi que je l'ai vu une fois, et l'entraîner en entier ou en partie à la manière d'une couronne. Je ne sais même si ce n'est pas ainsi que les choses s'étaient passées dans un fait de Scott rapporté par M. Merriman (3).

M. Roberton (4), qui en rapporte neuf observations inédites, et qui en emprunte une à Gartshore, une à Hooper, une à Dewees, une à Hamilton, quatre à M'Keever, une à Doubleday, une à Spackman, une à M. Intyre, une à Smith, dix à Ramsbotham, une à Powell, deux à Birch, une à Clough et une à Holmestead, en tout trente-six, dit que, sur ce nombre, la rupture utéro-vaginale s'est faite au bout de quatre heures de travail, dans 2 cas, de 6 h. dans 1, de 7 h dans 2, de 8 h. dans 5, de 10 h. dans 3, de 11 h. dans 2, de 12 h. dans 5, de 13 h dans 2, de 15 h. dans 2, de 16 h. dans 1, de 17 h. dans 1, de 19 h. dans 1, de 20 h. dans 1, de 21 h. dans 1, de 22 h. dans 1, de 24 h. dans 1, de 30 h. dans 2, de 32 h. dans 1, de 35 h. dans 1, de 40 h. dans 1.

C'était pendant le cours du 1r travail chez une des femmes, du 2e chez 5, du 3e chez 6, du 4e chez 5, du 5e chez 3, du 6e chez 1, du 7e chez 4, du 8e chez 1, du 10e chez 1, du 11e chez 1, du 16e chez 1.

Le siége de la rupture, mentionné au col dans trente-un

---

(1) *Cours d'accouch.* tome II, p. 30, .

(2) *Ed. med. and surg. Journal*, july 1834.

(3) *Synopsis on difficult. parturit.* etc., p. 266.

(4) *Oper. citat.*

cas, en occupait : 1° la région antérieure 8 fois; 2° la région postérieure 11 fois; 3° la région latérale 5 fois; 4° la région antéro-latérale 3 fois; 5° la région postéro-latérale 3 fois. Une autre fois le col était presque complètement séparé du vagin.

D. Signes.

Pendant le travail les déchirures de matrice s'annoncent par des signes en général assez évidens. La femme éprouve une douleur violente, avec craquement ou un bruit que les assistans eux-mêmes entendent quelquefois. Elle sent que quelque chose s'est rompu, et s'écrie qu'on l'a *blessée*, qu'on lui *arrache le cœur*, *les entrailles*, qu'on la tue, si quelqu'un est près d'elle pour exercer la moindre manœuvre. Lorsque le point de départ de la rupture est au col, cette douleur si vive, si caractéristique, se manifeste surtout au moment où la tête est sur le point de franchir l'orifice ou le détroit. Le travail se suspend à l'instant. Le ventre s'affaisse, se déforme. Si le col était dilaté, la poche rompue et la tête avancée, un liquide sanguinolent s'échappe par la vulve. Le toucher ne retrouve plus ce qu'il avait permis de constater dans le haut du vagin. Une pâleur subite et des syncopes effrayantes, quelquefois mortelles, ne tardent pas à survenir; ou bien, s'il se fait un épanchement dans le péritoine, la malade ressent une douce chaleur qui se porte du bassin à toute la cavité abdominale. Les parois de l'hypogastre, devenues plus molles, permettent de reconnaître le fœtus hors de la matrice, soit à ses mouvemens, s'il n'est pas mort, soit à ses reliefs naturels. La faiblesse, l'inégalité, la mollesse du pouls, viennent se joindre à ces symptômes et ne laissent bientôt plus de doute sur la nature du mal.

Lorsque le péritoine n'est pas déchiré, la plupart de ces signes manquent, et le tout se borne, pour le moment, à un sentiment de rupture avec suspension du travail. Il en est quelquefois de même, quoique la rupture soit complète, quand il ne se fait ni épanchement de sang, ni déplacement du fœtus, ou même malgré le déplacement du fœtus. Quelquefois aussi

il s'y ajoute des vomissemens et autres symptômes d'un étranglement de l'intestin, comme dans l'observation de Percy (1). On s'explique cette diversité d'accidens, par les résultats divers de la déchirure.

Bien que les eaux soient le plus souvent écoulées quand la rupture se manifeste, on aurait cependant tort d'admettre avec Crantz qu'il n'en est jamais autrement. Le liquide amniotique alors se fait jour dans le péritoine et augmente le danger par son peu de disposition à être résorbé. Si le fœtus est vivant, il peut favoriser l'extension de la déchirure par ses mouvemens, et ce serait à tort qu'on soutiendrait avec M. Deneux (2) que la mort précède ordinairement la rupture utérine. Lorsque la plaie occupe le haut du vagin ou le col de l'utérus, et qu'elle a été produite par quelques manœuvres, le fœtus reste habituellement dans la matrice. L'air qui pénètre presque aussitôt dans le ventre et qui dénature promptement les fluides avec lesquels il se trouve en contact, amène un ballonnement considérable et ne manque pas de hâter les suffocations, ainsi que je l'ai vu en 1833, avec Maygrier, MM. Moulin, Halma-Grand et Bintot chez une dame qui avait eu le haut du vagin largement déchiré. Si le péritoine n'est pas rompu, du sang s'épanche dans le tissu cellulaire-pelvien, lombaire, iliaque. Des phénomènes d'inflammation phlegmoneuse, de suppuration, surviennent au bout de quelques jours; mais il peut n'y avoir ni syncopes, ni lipothymies, et la maladie reste quelquefois toute locale alors, pendant un temps plus ou moins long. Au lieu de sortir en entier, le fœtus peut ne s'échapper qu'en partie. Dans un exemple donné par Peu (3), il n'en restait qu'un des pieds au fond de la matrice. Celui de Behling n'avait que la tête et les bras dans le ventre. S'il descend par le rectum et l'anus comme dans le cas de M. Harrisson (4), et qu'il n'y ait

(1) *Bulletins de la Faculté*, tome III, p. 348,

(2) *Journal gén.* tome LVIX, p. 39.

(3) *Pratiq. des accouch.* ,etc. p. 79, ou V. Swiéten, t. VII, p. 296.

(4) *Rev. méd.* 1825, tome II, p. 304.

pas une hémorrhagie abondante, on ne voit parfois rien survenir d'inquiétant. Si la tête seule franchit la rupture et de manière à se coiffer du péritoine, comme l'a vu M. Radford, les accidens ne sont pas toujours très-effrayans non plus d'abord. Enfin, même dans le cas ou une partie de l'enfant se trouve a nu dans le péritoine, les bords de la plaie se réappliquent quelquefois si bien sur elle que l'hémorrhagie et l'épanchement de tout liquide deviennent momentanément impossibles.

Il est encore possible que le fœtus passe en totalité hors des voies utérines, comme l'ont vu V. D. Wiel (1), de la Motte (2), M. Haime, etc., soit que le délivre reste en place, comme dans l'observation de M. Dewees, soit que le placenta s'échappe en même temps, comme dans le fait de M. Moreno, un de ceux que mentionne Monro (3), et un autre de V. D. Wiel (4), sans que l'abdomen se remplisse de sang, ni de gaz, ni d'aucun liquide, et que les symptômes prennent sur le champ un caractère d'extrême gravité. Dans les autres cas, au contraire, et toutes les fois que les intestins viennent proéminer dans la cavité génitale, comme on le voit dans les observations de V. D. Wiel, de Percy, de M. Birch (5), de Runge, ou que la matrice tombe dans l'inertie, il se fait un étranglement ou une hémorrhagie, qui, joints au coup que vient de recevoir l'innervation, déterminent presque nécessairement le cortége formidable de symptômes indiqués plus haut.

E. Pronostic.

Sans être nécessairement mortelles dans tous les cas, les ruptures utéro-vaginales n'en sont pas moins toujours un accident grave, le plus dangereux de tous ceux qui se manifestent

---

(1) *Observat. rarior.* etc., vol. II, p. 305.

(2) *Traité complet*, etc., p. 569, obs. 312.

(3) Essays, etc., vol. 2, p. 339, ou V. Swiéten, tome VII, p. 97.

(4) *Observat. rarior.*, obs. 66, c. I, p. 284.

(5) *Journal des Progrès*, tome XIII, *Arch. gén.* tome XIX, p. 98.

au moment du travail. Les exemples empruntés à Plater et à F. de Hilden, montrent cependant que la nature parvient quelquefois à y remédier. Dubois (1) rapporte même un fait bien plus extraordinaire : une premiere déchirure a lieu. L'enfant se fixe dans l'hypocondre droit et la mère guérit. Une nouvelle grossesse est suivie d'une nouvelle rupture. Cette fois le fœtus se porte dans l'hypocondre gauche. Ils sortent trois ou quatre mois plus tard, l'un par un abcès, l'autre par une incision. Il est aussi question d'une femme qui eut les parois abdominales elles-mêmes rompues avec l'utérus, de manière à ce que tout le produit fut expulsé par là, et qui finit cependant par guérir (2). Des observations analogues à celles de Cornarius ou de Plater ont d'ailleurs été rencontrées depuis en grand nombre. Une femme dont les journaux italiens de 1826 (3) se sont occupés, sentit un craquement, eut une péritonite, puis une tumeur dure et immobile à droite ; des chairs pourries sortirent par la vulve. Une nouvelle grossesse suivie de l'expulsion d'un fœtus putréfié eut lieu, et la tumeur ne disparut qu'après la sortie de lambeaux de fœtus par l'anus. La malade de M. Muller (4) eut, après de vives douleur, une tumeur qui s'ouvrit à l'ombilic, et donna issue au fœtus. Il en fut de même dans le cas relaté par M. Salemi (5), si ce n'est que l'ouverture se fit à l'hypogastre, et qu'il fallut l'agrandir, ainsi que dans un autre, extrait du Magazin de Rust (6), et dans celui dont parle M. Weesf (7), à l'occasion d'une Polonaise qui ne fut secourue que par son mari.

---

(1) *Thèses* de Paris, 25 février 1727, ou Planque, tome I.

(2) V. Swiéten, *Aphor.* tome VII, p. 97.—Burns, p. 495.—Essays, *Phys. and litt.* vol. II, p. 390.

(3) *Bibl. méd.* 1827, tome III, p. 138.

(4) *Bibl. méd.*, 1829, tome III, p. 104.

(5) *Rev. méd.* 1830, tome III, p. 440.

(6) *The Lancet*, 1829, vol. II, p. 791.

(7) *Bulletin de Férussac*, tome VI, p. 286.

Blegny (1) raconte aussi qu'une femme qui, ayant fait une chute pendant sa quatrième grossesse, vit le détritus de l'enfant sortir par un abcès de la fosse iliaque.

Mais ces guérisons auxquelles il faut ajouter plusieurs de celles que j'ai rassemblées à l'article grossesse extra-utérine, puis ces gestations de 25, 30, 46 cas dont parlent Bayle, Cheston, etc., n'en sont pas moins des exceptions heureuses sur lesquelles il n'est pas permis de compter.

F. Traitement.

Les accidens consécutifs de la rupture de matrice et le traitement qu'ils exigent étant d'ailleurs les mêmes, ou à peu près, que dans les cas de grossesse contre nature avec déchirure du kyste, je ne m'arrêterai ici qu'à ce qui concerne l'accouchement, l'extraction du fœtus et le gastrotomie.

L'extraction de l'enfant devra être tentée par les voies naturelles toutes les fois qu'elle paraîtra possible. Chez une femme qui mourut le quatrième jour, De la Motte (2) était allé chercher le fœtus dans le ventre et l'avait ramené par le vagin. Hawley en a fait autant. Douglas (3) fut encore plus heureux, car la femme guérit. M. Dunn (4) parle d'un cas où la main pénétra jusque dans le ventre, de manière à toucher le rein. La femme accoucha de nouveau sans accident, quinze mois plus tard. Il paraît que M. Smith (5) a réussi de la même façon, et M. Blundell (6) dit avoir pénétré une fois jusqu'au foie pour atteindre les pieds qui étaient tournés vers l'appendice xyphoïde, chez une femme qui s'est également rétablie. Hamilton (7) a aussi obtenu un succès par la même pratique.

(1) *Bibliothèque* de Planque, tome I, p. 141.
(2) *Traité compl. des accouch.*, etc., obs. 303.
(3) Denman, *introd. à la pratiq.*, etc., tome II, p. 116.
(4) *Ed. med. and surg. Journal*, juillet. 1833.
(5) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 472.
(6) *Ibid.* p. 517.
(7) *Ibid.* 1829, vol. I, p. 38.

M. Campbell (1) et M. Hendrie n'ont pas été moins heureux. Si la tête était dans l'excavation, on la saisirait avec le forceps. Il en serait de même si elle était dans le détroit supérieur et la déchirure au col ou dans le haut du vagin. Seulement il importe alors que les doigts conduisent l'instrument jusqu'au-dessus de la rupture, et de manière à ne nécessiter que peu d'efforts. Quand le fœtus ne peut plus être embrassé par la tête on s'efforce d'atteindre les pieds. N'en eût-on trouvé qu'un, il faudrait le ramener et le fixer au dehors. On en fait autant pour le bras s'il se rencontre le premier. Il sert ensuite de guide pour aller aux pieds. Enfin si le fœtus est dans l'abdomen, on l'y joint de la même façon en passant par la plaie et le ramenant par le vagin.

L'enfant, comme étranglé dans la rupture, peut exiger quelques débridemens. Dans le cas que j'ai observé avec Maygrier, le bassin était rétréci et le fœtus, qu'il fallut extraire par l'opération césarienne et qui présentait la face, avait acquis le triple de son volume naturel par suite d'un emphysême porté jusqu'au ballonnement. Après l'avoir extrait, la main retourne dans la matrice, soit pour chercher le délivre ou des caillots, soit, comme le fit Runge (2), pour réduire les intestins s'ils s'étaient engagés dans la plaie, et forcer l'organe à se rétracter. Il s'en détacha quatre pieds dans un cas de M'Keever (3).

Quant à la gastrotomie, on ne devrait pas hésiter à la pratiquer sur-le-champ, s'il n'était pas possible de pénétrer par les voies naturelles, le fœtus fût-il encore dans l'utérus en tout ou en partie. Hamilton (4) cite déjà cinq succès de cette opération; on en doit une autre à Thibault (5) Desbois. Lambron (6) y a eu recours deux fois sur la même femme.

(1) *Bulletin de Férussac*, tome XV, p. 68.

(2) Heister, *Inst. chir.* pars. 2.

(3) Campbell, *stud. and pract. of midwif.*, p. 516, 1833.

(4) *The Lancet*, 1829, vol. I, p. 39.

(5) *Ancien. Journal de méd.* 1786.

(6) Duparcque, Mém. à la Soc. d'Émulat. p. 309

On en doit aussi un exemple à MM. Coquin et Capon (1), puis un autre à M. Sommé (2); M. Cecconi (3) a également réussi une fois au mois d'août 1817. On en dit autant de M. Ruth (4), ou Rust (5), de MM. Gais, Nægèle, Weinhardt (6), Heim (7). On affirme (8) enfin que dans les exemples de MM. Busch et Heim, l'enfant fut extrait vivant. C'en est assez, il me semble, pour qu'il ne soit plus permis de reculer devant une pareille opération; d'autant plus qu'aux succès mentionnés tout-à-l'heure on pourrait joindre encore celui de Demay (9), et le cas dans lequel Lechaptois et Lair (10) ont guéri par la suture une large plaie de l'abdomen, qui avait permis au fœtus de sortir par là. M. Eisell (11) et un anonyme, dans un mémoire adressé en 1834 à la Société médicale d'émulation, donnent encore les faits suivans, comme exemples de rupture utérine heureusement terminée. Un de M. d'All' Ara de Ravennes, au troisième mois; un de M. Bengo (12), à sept mois; un de M. Radeliffe (13), à sept mois; un de Stein (14), à sept mois; un de Wetz (15), à sept mois, un de Sommer (16),

---

(1) *Bulletin de la Faculté*, 1812, p. 86.

(2) *Ibid.*

(3) Frank, *Séance publique de la Société* de Marseille, ou *Journal univ.* tome XIV, p. 107, ou *Bulletin de Férussac*, tome V, p. 47.

(4) *Bulletin de Férussac*, tome VI, p. 280.

(5) Luroth, *ibid.* tome XIX, p. 85, et *Amer. Journal*, août 1831, p. 522.

(6) *Ibid.*

(7) Luroth, *Bulletin de Férussac*, tome XIX, p. 85.

(8) *Amer. Journal of. med. Sc.*, août 1831, p. 522.

(9) *Journal gén.* tome V, p. 58.

(10) *Journal gén.* tome I, p. 187.

(11) *Histor. ruptur. uter.* etc., Prague, 1829.

(12) *Soc. med. of Lond.* vol. IV.

(13) *Lond. med. reposit.* n° 90.

(14) *Lehrbuch der Geburtshülfe*, tome I.

(15) Rapport du collége de Coblentz, 1829.

(16) *Med. reposit. new ser.* vol. IV.

pendant le travail ; un de Neville (1), pendant le travail ; un de M. Powel (2), un autre de M. Macenzie (3), et un de Fritzel (4), aussi pendant le travail.

Il est bon de remarquer toutefois que les rupture du col qui ne consistent qu'en de simples fentes ou quelque décollement, sont généralement peu graves. Une fois l'enfant sorti, elles guérissent souvent sans secours, même quand la fente pénètre jusque dans la vessie, comme dans un exemple rapporté par Sedillot aîné. Ainsi les boutonnières produites par le forceps ou de toute autre façon n'exigent presque aucun secours. Si elles tardent trop à se recoller, on excise la bride, et voilà tout. Ce n'est pas le lieu de dire ce qu'il y aurait à faire si des dépôts sanguins ou purulens venaient à se former au pourtour du vagin ou dans quelque autre région de l'abdomen.

ART. 2.—Dystocie essentielle.

L'accouchement est essentiellement difficile, quand le passage du fœtus, rendu impossible ou fortement gêné par un obstacle mécanique, réclame les ressources de l'art. De ces obstacles, les uns dépendent de la femme. Les autres, au contraire, tiennent à l'enfant lui-même.

§ I. *Dystocie par l'état des organes de la femme.*

Les difficultés qui naissent des organes de la femme se rapportent tantôt aux parties molles, tantôt aux parties dures. Les premières seules nous occuperont ici, attendu que les secondes ont été exposées à l'article *Vices du bassin.*

A. Tumeurs dans le bassin.

Diverses *tumeurs* ont été observées dans l'*excavation* pelvienne, et, plus d'une fois, il en est résulté des difficultés

(1) *Med. Soc. of Lond.* février 1829.
(2) *Trans. of Lond.* vol. XII.
(3 *Lond. med. Gazet.* octobre 1830.
(4) *Trans. of Irland.* vol. I.

très grandes pour l'accouchement. Dans un cas cité par Burton (1), la tumeur, située au-devant du sacrum, repoussait tellement le col qu'il n'était pas possible de l'atteindre.

C'est assez souvent dans l'épaisseur du périnée ou de la cloison recto-vaginale qu'elles se développent. Variables pour le volume, la consistance, la nature, elles sont loin de réclamer toujours les mêmes secours. Peu volumineuses ou susceptibles d'être aplaties par la pression, si tout est bien disposé d'ailleurs, elles n'empêchent pas toujours l'organisme de se suffire pour terminer le travail. M. Moreau (2) en rapporte un exemple remarquable, et Béclard (3) a rassemblé un certain nombre d'autres faits, qui prouvent que ces tumeurs occupent parfois jusqu'aux trois-quarts de l'excavation.

Les kystes de l'ovaire ou de la trompe, venant le plus souvent se loger dans l'excavation recto vaginale, produisent en outre un déplacement de matrice que MM. Voisin (4) et Noble (5) de Versailles ont d'abord bien fait ressortir. Les deux observations que ces auteurs empruntent à Montaulier et Laporte, jointes aux trois pièces que leur a communiquées M. Dupuytren, montrent qu'alors l'utérus est repoussé du côté opposé à la tumeur, et qu'il faudrait pratiquer la ponction dans le sens du kyste ou vers l'ombilic, s'il était très-volumineux. Dans un cas cité par Jackson (6), on fut obligé de faire une ponction. Il en sortit six pintes de liquide, et l'accouchement se fit par les pieds. M. Burns (7) en indique une autre qui remplissait complètement le bassin, et qu'une dissection soignée permit d'extirper avec succès. Denman (8) en cite une qui rendit l'accou-

(1) *Nouv. système des accouchemens*, etc., p. 18.

(2) *Bullet. de la faculté*, etc., t. VII, p. 159.

(3) *Ibid.* p. 167.

(4) *Thèse*, n° 145, Paris, 1808.

(5) *Journal gén.* tome XVII, p. 371.

(6) Burns, *Principl. of midwif*, etc., p. 34.

(7) *Opert cit.*, p. 35.

(8) *Introd. à la pratiq.*, etc., tome II, p. 110.

chement tout-à-fait impossible, tandis que dans une autre (1), une simple ponction rendit l'expulsion du fœtus assez facile. Ces kystes sont loin d'être rares. M. Watson (2) en a observé deux, M. Jarritt (3) deux, M. Coley (4) un, et ils ont fait le sujet de deux mémoires intéressans de M. Parcke (5) et de M. Merriman (6). M. Burns (7), qui les a étudiés avec soin, veut qu'on les repousse s'ils conservent de la mobilité, qu'on y pratique une ponction s'ils contiennent un liquide, qu'on les extirpe s'ils sont adhérens, et que, dans les cas où ces moyens ne sont pas applicables, on ait recours à la céphalotomie ou à l'opération césarienne. D'un autre côté, M. Blundell (8), qui nomme recto-vaginales toutes les tumeurs du cul-de-sac de ce nom, dit qu'elles sont formées par l'ovaire neuf fois sur dix, que sur quatre ponctions on a eu trois enfans vivans, deux femmes mortes, et deux succès difficiles, que l'embryotomie pratiquée huit fois a produit cinq morts et une guérison incomplète, et que dans cinq cas de version, quatre des femmes ont succombé ainsi que les cinq enfans.

Les masses squirrheuses ou fibreuses de l'ovaire, des intestins ou des épiploons, assez mobiles pour venir se loger entre l'utérus et les parois du bassin, présentent une indication particulière, tant qu'elles n'y ont point contracté d'adhérences. Il faut les déplacer, les reporter au-dessus du détroit supérieur. Pour cela on fait d'abord coucher la femme sur le dos ou le côté, de manière que le bassin soit plus élevé que la poitrine, que tous les muscles se trouvent dans le relâchement; ensuite, à l'aide de la main ou des doigts, on tâche de repousser la tumeur hors du passage; enfin, lorsque toutes les

---

(1) *Ibid.* p. 111.

(2) *Med. com.* vol. I, p. 162.

(3) *Med. com.* vol. II, p. 360.

(4) *Med. and phys. Journal*, vol. VII, p. 412.

(5) *Med. ch. Trans.* vol. II.

(6) *Ibid.* vol. X.

(7) *Principl. of midwif.* p. 35.

(8) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 516, 517.

tentatives de réduction ont été inutiles, il peut être indispensable de l'extraire en pratiquant des incisions à travers le vagin ou le rectum, ou même d'avoir recours à l'opération césarienne.

Les *tumeurs sarcomateuses*, scrophuleuses, fibreuses ou autres, qui ont leur siége dans le tissu cellulaire du bassin et ne peuvent pas être déplacées, sont beaucoup plus dangereuses que les précédentes. En résistant à la tête de l'enfant, elles exposent l'utérus et les autres organes contenus dans l'excavation à des contusions, des perforations, des déchirures qu'il n'est pas toujours facile de prévenir. Elles amènent aussi l'inertie, l'épuisement, et déterminent assez souvent des hémorrhagies, des convulsions ou des inflammations diverses.

Celle que M. Stedman (1) a extirpée avec succès, offrait douze pouces de circonférence. Denman (2) en cite une qui occupait le détroit supérieur, à côté du sacrum, et qui rendit l'accouchement impossible. Un des reins, au-devant de la symphyse sacro-iliaque, comme l'ont vu M. Heusinger (3) et M. Vidal (4), pourrait en faire autant, s'il n'était assez dépressible ou trop peu volumineux pour permettre à la tête de passer. Il en serait de même d'une tumeur formée par un détritus de grossesse extra-utérine, comme dans le cas de Lauverjat (5). Quand la masse morbide semble naître du ligament sacro-sciatique, comme dans les deux exemples que mentionne Drew, on pourrait, au contraire, en tenter l'extirpation, puisque MM. Burns (6) et Blundell (7) disent qu'on a réussi une fois de cette façon.

---

(1) *Journal compl.* tome XLI, p. 437.

(2) *Introd. à la pratiq.* tome II, p. 382.

(3) *Amer Journal of med. Sc.* février 1829, p. 442.

(4) *Rev. med.* 1831, tome II, p. 382.

(5) *Nouv. méthod.* etc., p. 13.

(6) *Principl. of midwif.* etc., p. 33.

(7) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 516.

Celles de la *cloison recto-vaginale* sont le plus souvent de simples tumeurs enkystées. C'est, du moins, ce qui me semble résulter des observations de Plenck (1), de Pelletan (2), et d'un fait observé dans le service de M. Roux (3), à la Charité de Paris. La matrice est plus d'une fois parvenue à les expulser, soit par l'anus, comme dans le cas de M. Camus (4), soit à travers le périnée déchiré. Dans quelque cas, les efforts musculaires en ont déterminé la rupture, et cela sans inconvénient, quand le fluide qu'elles contenaient a pu se faire jour dans le rectum, le vagin, ou tout simplement se disséminer dans le tissu cellulaire environnant. Les dépôts sanguins qui se forment quelquefois dans cette cloison, et dont M. Récamier (5) a relaté un exemple, seraient faciles à inciser, s'ils ne s'ouvraient spontanément dans le rectum ou le vagin. On reconnaît une énorme tumeur dans le vagin au moment du travail, dit Morlanne (6). Elle finit par se rompre : c'était un abcès. La femme a guéri. Mais il peut en résulter aussi des escarres, la gangrène, et même une péritonite mortelle, si la déchirure comprend la membrane séreuse abdominale.

Il est donc beaucoup plus prudent de les vider ou de les extraire, dès qu'on a la certitude que ces tumeurs sont capables d'empêcher ou de rendre dangereuse la sortie du fœtus, comme on le voit par une observation de M. Gensoul (7). En pareil cas, il n'est pas toujours facile de distinguer la tumeur hydatique ou enkystée des tumeurs solides; mais, ainsi que le fait remarquer Desormeaux, une ponction avec un petit trois-quarts suffira pour lever tous les doutes, et n'entraînerait aucun inconvénient.

---

(1) *Elem. art. obstetr.*, 1781.
(2) *Clin. chir.* trois vol. in-8°, 1810.
(3) *Cliniq. des hôpitaux*, tome II, p. 183.
(5) *Lancette* fr. tome V, p. 92.
(6) *Journal d'accouch.* tome I, p. 198.
(7) *Rev. med.* 1833, tome II, p. 229.
(8) *Journal* de Lyon, tome I, p. 300

B. Calculs urinaires.

On conçoit qu'une pierre volumineuse puisse, au moment du travail, se placer derrière ou au-dessous de la symphyse des pubis, et de cette manière raccourcir le diamètre antéro-postérieur du bassin. Mais c'est surtout à la contusion, à la déchirure de la vessie ou de la cloison vagino-vésicale, ainsi qu'à la douleur et aux autres accidens qui peuvent la suivre, qu'un calcul pressé avec force de haut en bas par la tête de l'enfant donnerait nécessairement lieu. Au commencement du travail, il serait aisé de repousser la pierre et de la retenir au dessus de la symphyse jusqu'à ce que la tête vînt se placer au-dessous. Si l'homme de l'art est appelé plus tard, et que le calcul descende avant la tête, il faut également essayer de le déplacer et de le reporter au-dessus du détroit. Une primipare était en travail depuis plusieurs heures. M. P. Dubois (1) trouve entre la tête et les pubis une tumeur solide, qu'il déplace, après quoi l'accouchement se termine heureusement. La tumeur n'était autre chose qu'un calcul vésical. En cas que la chose soit impossible, il reste une dernière ressource; c'est d'inciser sur la pierre la partie antérieure du vagin, de pratiquer la lithotomie vaginale.

Guillemeau (2), qui rapporte le premier exemple de travail ralenti par un calcul, dit qu'il en résulta une contusion du col, un abcès, et une fistule par laquelle la femme « a long-temps rendu son urine, sans la pouvoir garder. » Dans celui de Lagouache (3), on eut recours à la taille, et le calcul avait huit pouces de circonférence. Smellie (4), qui cite un cas où la tête du fœtus finit par chasser la pierre au-dehors, de manière à produire une incontinence d'urine, veut qu'on repousse le calcul dans

(1) *Thèse de Concours*, p. 13, 15 mai 1834.

(2) *OEuvres, compl.*, in-f° p. 313.

(3) *Mercure*, octobre 1734, p. 2261, ou *Bibl.* de Planque, tom. I, p. 81, in-4°.

(4) *Traité de la théorie et de la pratique*, etc., tome II, p. 163.

la vessie, ou qu'on ramène l'enfant par les pieds (1). Du reste, je ne puis comprendre ce qui nécessita la taille hypogastrique dans le cas dont parle Lauverjat (2). Pour que la pierre mette obstacle à l'accouchement, il faut qu'elle soit au-dessous de la tête, et alors la lithotomie sus-pubienne ne permettrait pas de l'extraire. Si elle est encore au-dessus, au contraire, on peut espérer de l'y maintenir, et l'opération est inutile. La céphalotomie, que l'on crut devoir pratiquer dans l'exemple annoncé par M. Threlfull (3), et qui amena la mort de la mère le soir même, ne me semble pas mieux indiquée. La taille vaginale, seule proposable ici, et le forceps ou la version en tiendront toujours lieu avec avantage, si la présence du calcul est l'unique difficulté qu'on ait à surmonter. Il conviendrait, au surplus, de l'extraire d'avance, si on l'avait reconnue pendant la grossesse. M. Philippe, de Reims, en a retiré un qui pesait neuf onces et demie, vers le quatrième mois, chez une dame dont le travail n'offrit ensuite aucun accident (4).

C. Anomalies du conduit vulvo-utérin.

I. Les *grandes* ou les *petites lèvres* peuvent être *agglutinées* depuis la fécondation, et fermer en tout ou en partie le vagin. L'hymen peut être dur, fibreux ou cartilagineux, ne laisser qu'un très petit orifice et gêner la sortie de l'enfant. Ce n'est pas que l'accouchement soit toujours impossible, alors. D'aussi faibles digues sont souvent incapables de contrebalancer les contractions énergiques de l'utérus; mais il vaut mieux diviser avec l'instrument les parties qui doivent l'être, que d'exposer la femme à des lacérations, des déchirures irrégulières qu'on n'est pas maître de limiter, et qui pourraient être dangereuses.

---

(1) *Ibidem*.

(2) *Nouv. méth. de pratiq. l'opérat. césar.* etc., p. 12.

(3) *Archiv. gén. de médecine*, etc., tome XIX, p. 601.

(4) Velpeau, *Anat. chir.* tome II, p. 355, Paris, 1833.

Ce sont autant de causes de rupture centrale du périnée qu'il est bon de détruire. Si c'est l'hymen, il reste à peu près constamment quelques pertuis par où la conception s'est effectuée. L'opération en pareil cas est extrêmement simple, et consiste en un ou plusieurs débridemens, qu'on pratique au moment où la tête tend à franchir le détroit inférieur si ce n'est avant le début du travail. F. de Hilden (1), Peu (2), Van Swiéten (3), Ruysch (4), Barbaut (5) qui en indique deux, MM. Nægèle (6), Stedman (7) citent des faits de ce genre. Guillemeau (8) en relate aussi deux exemples. On voit au surplus, par les observations d'A. Portal (9), une de Barbaut, une autre de M. Bourgeois (10), que l'accouchement serait quelquefois possible sans incision. Lorsque l'oclusion incomplète de la vulve, est la suite de quelques maladies, on procède de la même façon, dans la crainte que le périnée ne se perfore comme chez les malades de Bianchi et de M. Champenois. Il en serait de même encore si une forte membrane accidentelle fermait l'entrée du vagin au point d'arrêter la sortie du fœtus comme chez cette mulâtresse dont parlent les journaux du Brésil (11). Cependant on pourrait ne rien faire du tout si les parties semblaient se ramollir pendant le travail, ou si la tête paraissait se diriger franchement vers l'ouverture vulvaire.

Quand l'atrésie est absolue et s'est manifestée depuis la conception, il est prudent de créer une voie au fœtus dès que la tête presse le plancher du bassin. Autrement l'anus et la cloi-

---

(1) Bonet, *Cours de méd.* trad. etc., p. 470.

(2) *Pratiq. des accouch.* etc., p 245, 248.

(3) *Aphor. de chir.* tome VII, p. 269.

(4) Smellie, *Théorie et pratiq. des accouch.* etc., tome II, p. 21.

(5) *Cours d'accouchem.* etc., tome I, p. 106.

(6) *Journal univ.* tome VII, p. 166.

(7) *Journal complém.*, tome XL, p. 437. ou mieux, Heilbut, de *atresia vagin.*, etc., Heidelb 1832.

(8) *OEuv. compl.* in-folio, p. 310, 311.

(9) *Chir.* tome II, p. 745, ou Burns, p. 73.

(10) *Journal universel des Sc. méd.*, , tome XXXIII, p. 234.

(11) *Revue méd.* 1832, tome II, p. 473.

son recto-vaginale, l'utérus, lui-même, pourraient se rompre, et entraîner des suites graves. Ici l'incision doit être placée entre le méat urinaire et l'anus, de manière à ne toucher ni au rectum ni à l'urètre. M. G. Kroon (1), qui dit avoir été obligé d'inciser le périnée pour permettre au fœtus de sortir, a dû se comporter ainsi. Henckel (2) en a fait autant.

II. Quand l'extrémité vulvaire du vagin est complètement *oblitérée*, il n'y a point de conception possible par les voies naturelles; mais il n'est pas rare de rencontrer des *brides* ou des rétrécissemens partiels dans l'un des points de la longueur de ce canal, dont la coarctation peut d'ailleurs s'effectuer entre la conception et le terme de l'accouchement. Si de pareilles brides ne sont pas très-anciennes ou très-dures, elles se ramollissent ordinairement et cèdent aux seuls progrès du travail. Si elles résistent, de manière à faire craindre la déchirure de la matrice, l'inertie, des convulsions, l'épuisement, ou leur rupture, on doit les diviser en pratiquant sur leur bord un certain nombre de petites incisions. Deux incisions n'ayant pas suffi pour dilater une bride circulaire de ce genre, Barbaut (3) prit le parti de la couper en différens sens. Une femme, en travail pour la troisième fois, accouchée deux ans auparavant au moyen des instrumens, fut amenée à l'hôpital de la Faculté par M. Dubourguet. Comme elle était dans les douleurs depuis trois jours, je voulus appliquer le forceps; mais je fus bientôt arrêté par une large bride semi-lunaire, dure et comme fibro-cartilagineuse, qui existait à deux pouces au-dessus de la vulve, et que j'incisai sur trois points de son bord libre. L'accouchement n'eut aucune suite fâcheuse. On peut voir un certain nombre d'exemples de ces divers états dans l'ouvrage de Lauverjat (4), et dans de la Motte (5). Harvey (6),

---

(1) *Journal univ.*, tome LI, p. 380.
(2) *Journal général*, tome XII, p. 274.
(3) *Cours d'accouch.*, tome II, p. 76.
(4) *Nouv. méthode de pratiquer l'opération césar.* etc., p. 46—56.
(5) *Traité compl. des accouch.*, etc., p. 627, 633.
(6) V. Swiéten, *Aphor. de chir.*, etc., tome VII, p. 227.

parle déjà d'une femme qui eut le vagin presque fermé à la suite d'une couche, et qui se délivra néanmoins sans secours. Il en fut de même dans un cas où le canal permettait à peine l'introduction d'une plume (1). Quoique le vagin ne pût pas admettre le petit doigt, l'accouchement se fit en dix-huit heures chez une malade de Plenck (2). Puzos (3), Denman (4), M. Marbotin (5) ont vu la même chose. Le retrécissement était si prononcé chez une dame dont parle M. Duparcque (6), qu'il fut très-difficile de pénétrer avec une sonde canelée jusques au col. De simples dilatations ont suffi cependant pour que l'accouchement se fît sans secours et sans accident.

D. De quelques autres affections du canal vulvo-utérin.

I. Quand le *vagin s'ouvre dans la vessie*, la fécondation étant évidemment impossible, il devient, par cela seul, tout-à-fait inutile de ranger cette déviation parmi les causes de dystocie. M. Busch (7) qui parle d'un fœtus développé jusqu'à terme dans le vagin, semble cependant admettre aussi la grossesse cystique comme possible.

II. Plusieurs auteurs, Barbaut (8) entr'autres qui invoque le témoignage de Dupuis, Puzos, Grégoire, Devigne et Vermont, et plus récemment M. Marc, ont fait mention de femmes dont le vagin venait s'ouvrir dans le *rectum*, qui sont devenues enceintes et qui n'en sont pas moins accouchées sans secours étrangers ou à l'aide d'une simple incision, attendu que l'enfant s'est fait jour par l'anus.

---

(1) *Acad. des Sc.*, 1748. — Swiéten, tome VII, p. 259.
(2) Oper. citat. p. 113.— Burns, p. 72.
(3) *Traité des accouch.* etc., p. 221.
(4) *Introd. à la pratiq.* etc., tome I. p. 108.
(5) *Bibliot. méd.*, tome III, p. 347.
(6) *Mémoire à la Soc. méd. d'Émul.* 1834.
(7) *Oper. citat.* p. 411, § 686.
(8) *Cours d'accouch. etc.*, tome I, p. 59, 106.

III. M. Burns (1) emprunte aux transactions philosophiques (2), l'observation d'un vagin double, dont la cloison se déchira pendant le travail, de manière à ne plus laisser pour la suite qu'un seul canal. Un simple diaphragme placé assez haut et offrant un léger pertuis, formait tout l'obstacle dans l'observation de Lemonier (3). Une incision et le forceps eurent tout le succès possible. Un cercle dur et comme fibreux, suite d'accouchemens laborieux, situé près du col, exigea aussi quelques incisions dans l'exemple que rapporte un journal (4); mais l'enfant est venu mort, et il en est résulté une incontinence d'urine. Enfin, M. Guillemot (5), qui a soigneusement suivi la marche du travail chez une femme dont le vagin était ainsi retréci, a très-bien remarqué, comme je l'ai vu moi-même une fois, que les brides, les inodules se ramollissent à partir du moment où la tête plonge dans l'excavation, et qu'à chaque douleur les cercles coarctés se dilatent à la manière du col, quoique le crâne ne porte pas encore sur eux.

IV. Stegmann cite une fille chez laquelle le vagin s'ouvrait *au-dessus des pubis*, et Morgagni parle, d'après Gianella, d'un cas semblable qui n'empêcha pas la fécondation de s'effectuer. En pareille circonstance, il faudrait d'abord tenter de dilater l'ouverture anormale, à l'instar de l'accoucheur italien, et, si cette manœuvre était insuffisante, faire une ou plusieurs incisions excentriques, sur l'orifice, en ne perdant point de vue la proximité du péritoine et de la vessie.

---

(1) *Principl. of midwif.*, etc., p. 73.

(2) V. 33, p. 142.

(3) *Bulletin de la Faculté*, tome V, p. 215.

(4) *Gaz. méd.* de Paris, 1833, p. 925.

(5) *Journal univers.* tome XLIX, p. 50.

E. Tumeurs de la vulve.

I. Des *squirrhes* ou des *tumeurs fibreuses*, capables de mettre obstacle à l'accouchement et d'exiger des opérations graves, se développent rarement à la vulve; mais on y observe quelquefois des *phlegmons* chroniques ou aigus, qui pourraient être singulièrement aggravés par le passage du fœtus et qu'il importe par conséquent de traiter avec beaucoup d'énergie chez les femmes qui approchent de leur terme.

II. Les grandes lèvres sont parfois le siège de *tumeurs sanguines* d'un genre particulier, et sur lesquelles je reviendrai en parlant des accidens de la parturition. Pour le moment, je me contenterai de dire que si elles étaient assez volumineuses pour gêner sensiblement la sortie de l'enfant ou exposer la mère à des souffrances infiniment plus vives, je ne balancerais pas à plonger un bistouri dans leur centre, afin de les vider complètement.

III. Quelques femmes, quoique robustes d'ailleurs, sont affectées, vers la fin de leur gestation, d'une *infiltration* considérable des membres abdominaux et même de tout le corps. Alors les replis cutanés et muqueux de la vulve peuvent acquérir un volume énorme, et fermer complètement le vagin. La fin du travail en est nécessairement rendue beaucoup plus difficile, et surtout beaucoup plus douloureuse. En abandonnant l'organisme à lui-même, on ne peut se dissimuler que la gangrène et des ruptures plus ou moins profondes ne soient à craindre. Malheureusement, en face de pareils dangers, l'accoucheur n'a presque rien à faire; de simples mouchetures, des lotions émollientes ou calmantes, et quelques précautions relatives à la disposition des parties, aux efforts musculaires, sont tout ce qu'il peut conseiller.

F. Inversion du vagin.

Le *renversement du vagin* peut avoir lieu pendant la grossesse

et même au moment du travail. Kerkringius (1) qui ne croit pas aux descentes utérines, le regarde comme très-fréquent. Ce renversement *énorme du col* observé par Mauriceau (2) le 11 mai 1669, n'était pas autre chose. Au printemps de l'année 1828, madame Bevalet me fit appeler près d'une femme qui souffrait depuis trente heures pour accoucher. La tête du fœtus était tout entière dans l'excavation; mais le vagin, complètement renversé, formait, hors de la vulve, un bourrelet fongueux et livide plus volumineux que les deux poings. Il fallut appliquer le forceps pour délivrer la malade. Pendant le travail Mauriceau le compare à un gros *phimosis*. Deventer (3), qui l'avait observé plusieurs fois, dit que les sages-femmes de la Frize l'appellent *ceinture*, et veut qu'après l'avoir réduit, on soutienne le col jusqu'à la fin du travail. Je ne sais si ce *bourelet*, cette *varice* mentionnée par Peu (4), et qui, poussée, rompue par la tête, donna lieu à une hémorrhagie, n'en était pas aussi un exemple. Le boursouflement dont parle M. Novara (6), et qu'un chirurgien déchira en le prenant pour le placenta, est probablement dans le même cas. Lauverjat (5) en cite un cas suivi de guérison, bien que l'introduction de la main ait déchiré le col en pénétrant. Béclard (7) en avait aussi rencontré un exemple. Rougemont (8), qui en cite un autre, dit qu'à l'aide d'incisions on permit à l'accouchement de se faire. M. Devilliers (6) assure d'un autre côté avoir vu la membrane interne du vagin tomber en entier. Les pièces à l'appui

---

(1) Diemerbroeck, *Anat. du corps hum.* tome I, p. 304.

(2) *Oper. citat.*, p. 255.

(3) *Obser. sur les accouch.*, etc., p. 176.

(4) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 611.

(5) *Journal univers.*, tome XXIX, p. 226.

(6) *Nouvelle méth.*, p. 33.

(7) *Bulletin de la Faculté*, tome V, p. 111.

(8) *Biblioth. de chir.* du Nord, p 113.

(9) *Bulletin de la Faculté*, tome VI, p. 320.

furent montrées dans le temps à la société de la faculté de médecine. Comme ce renversement ne paraît pas possible avant que la tête ne soit fortement engagée dans le détroit supérieur ou l'excavation, il permet presque toujours l'emploi du forceps. On ne se déciderait aux incisions que prescrit Giesman (1) et que repousse M. Burns (2), aux scarifications, que si la méthode que j'ai suivie ne pouvait pas être appliquée.

G. Altérations du col.

I. On a beaucoup parlé de l'*oblitération du col utérin* au moment de l'accouchement; mais, s'il n'est pas certain, il est au moins très-probable que plusieurs des auteurs qui en ont parlé ont été induits en erreur par quelque déviation du museau de tanche. J'ai vu tant de fois déjà des praticiens, même assez exercés, affirmer que l'orifice vaginal de l'utérus n'existait pas, quand il était tout simplement relevé vers l'angle sacro-vertébral, qu'il me paraît facile de rapporter à cette méprise la majorité des cas de prétendue oblitération du col. Il n'y a évidemment qu'une maladie grave, une inflammation aiguë, qui puisse fermer ainsi le sommet de la matrice, entre la fécondation et le terme de l'accouchement. Dans ce cas, les parties sont nécessairement le siége d'altérations concomitantes, propres à lever tous les doutes. Les signes anamnestiques auraient d'avance éveillé l'attention, et l'avortement manquerait rarement de s'ensuivre. Amand (3) dit bien avoir trouvé le col fermé par une membrane, et s'en être assuré par l'ouverture du cadavre; mais, ainsi que Lauverjat (4) le fait remarquer, cet exemple, aussi relaté par Littre, est trop mal circonstancié pour être concluant. Denman (5), lui-même, doute qu'on ait jamais observé une véritable oblitération du col pendant la grossesse, et croit également qu'on s'en est le plus souvent laissé imposer par quelque obliquité. Comment ne pas ad-

---

(1) Burns, *Principl. of midwif.* etc., p. 4.3.

(2) *Ibid.*

(3) *Observ. sur la pratiq.* etc., p. 63.

(4) *Nouv. méthode de pratiq. l'opér. cés.* etc., p. 42.

(5) *Introduct. à la pratiq.* etc., tome II, p. 68.

mettre cette méprise, au surplus, quand on retrouve, comme dans une des observations de Lauverjat (1) et celle de M. Martin (2), le col à sa place naturelle quelques jours après la sortie du fœtus? L'occlusion du col utérin est si difficile que les opérations les plus graves sont loin de la déterminer toujours. L'amputation de cet organe, par exemple, le ferme si peu, que plusieurs des femmes qui l'ont subie ont pu devenir enceinte et accoucher sans secours ou avec le forceps (3). C'est un fait possible cependant, et j'en ai eu la preuve chez une dame confiée aux soins de M. Caffe, en décembre 1833. Le travail durait depuis deux jours. Le haut du vagin formait un cul de sac dont le doigt parcourait sans peine tous les points, et il était aisé de se convaincre que l'orifice utérin était exactement fermé. On le sentait d'ailleurs, un peu en arrière sous la forme d'une cicatrice dure et triangulaire. Il fallut pratiquer une incision et créer une voie artificielle au fœtus qui est venu vivant. La femme s'est parfaitement rétablie. Les règles ont pris cours par la plaie. On a su depuis que cette femme avait voulu se faire avorter en s'injectant de la lessive caustique, et que de longues souffrances avaient été la suite de sa criminelle tentative. Nous verrons en parlant de l'opération césarienne vaginale que M. Berger et M. Lobstein ne furent pas moins heureux dans un cas pareil.

Toutefois, si les exemples authentiques d'oblitération complète au moment du travail sont rares, on en possède au moins plusieurs de coarctation, d'induration partielle ou totale, et de plus nombreux encore de rétrécissement de quelque autre point de l'étendue du col.

II. *Fermé ou rétréci par des tumeurs.* Si ce canal était fermé par une masse spongieuse ou *polypeuse*, comme Denman (4), M. Evrat, M. Busch en ont rencontré, on devrait attendre

(1) Oper. citat., p. 137, 139.

(2) *Journal gén. de méd.* ou Duparcque, etc.

(3) Cauvy, *Lancette franç.*, tome III, p. 308.

(4) *Introd. à la pratiq.*, tome 2, etc, p. 101.

qu'elle fût descendue dans le vagin pour en tenter l'extraction à l'instar de Soumain (1), après quoi on se comporterait comme dans toute autre accouchement. F. de Hilden (2), qui parle déjà d'un énorme cancer (polype) dans le col, dit que l'accouchement fut impossible, et que la femme mourut. Lorsque la tumeur à son siége dans la paroi postérieure du col, on pourrait l'inciser comme l'a fait M. James Bell (3) avec succès; mais il ne faudrait pas y penser si, comme on en cite un exemple, elle occupait la paroi de l'utérus lui-même (4).

Une *induration* squirreuse partielle peut n'exiger aucun secours particulier. Dans un cas cité par Desormeaux, la dilatation se fit aux dépens des deux tiers de la circonférence de l'orifice, et la sortie de l'œuf en fut à peine retardée; mais si la totalité du col était prise, soit à son extrémité inférieure, soit sur un point plus rapproché de la cavité utérine, l'opération césarienne vaginale serait alors indiquée, en admettant, bien entendu, que la dilatation forcée avec les doigts ou le *speculum* ne pût pas être tentée, ou qu'elle l'eût été vainement.

Ce débridement a maintenant été pratiqué un si grand nombre de fois que sa valeur ne peut plus être contestée. Ce serait aller trop loin cependant que de dire avec M. Bazignan (5) qu'il n'est jamais suivi d'accidens, et je crois qu'on aurait tort de se hâter d'y avoir recours. La-dessus je partage entièrement l'avis de M. Fodéré (6), et je pense qu'on la souvent mis en usage sans nécessité. Le col peut paraître dur, fibro-cartilagineux aux praticiens peu exercés et chez certaines femmes dont le travail marche d'abord avec une extrême lenteur, bien qu'en réalité il ne soit pas malade et que l'organisme puisse très bien

(1) Barbaut, *Cours d'accouch.* etc., tome II, p. 77.

(2) Bonet, trad. fr. etc., p. 492.

(3) *Ed. journal*, v. 16, p. 365.

(4) *Id.* tome I, p. 17, ou *Arch. gén. de médec.*

(6) *Thèse de concours*, p. 9, mai 1834.

(7) *Thèse de* Strasb., 2 août 1826.

en opérer la dilatation. Toutefois, s'il résiste au tampon, aux saignées, aux relachans, il vaut mieux imiter Coutouly (1), Lemoine (2), Lauverjat (3), et le débrider que d'en attendre la déchirure. Le succès obtenu par M. Bonnelat (4) dans un cas de dureté presque cartilagineuse et de coarctation considérable est une preuve de plus à l'appui de ce précepte. Lorsque l'induration ou la dégénérescence squirrheuse est portée très loin, les secours de l'art sont indispensables. La dilatation forcée peut donner lieu à des déchiremens dangereux, dit M. Busch (5); des incisions en divers sens sont préférables.

M. Jœrg (6) admet, lui, que le col de l'utérus s'oppose bien plus souvent que le bassin à la sortie de l'enfant, et Hamilton (7) croit aussi que sa rigidité est une des causes les plus communes de la lenteur du travail. M. Meissner (8) ajoute que la dystocie en dépend plus souvent que du bassin lui-même. D'autres ont pensé, avec raison selon moi, mais à tort selon Rœderer (9) que, chez certaines femmes, la graisse qui entoure la matrice peut également rendre l'accouchement difficile.

III. *Maladies diverses*. Une tumeur fibreuse, un squirrhe, un polype, des cicatrices, un ulcère, un abcès dans l'épaisseur de l'utérus, ou bien à sa surface interne, mériteraient aussi des précautions spéciales, s'il était possible d'en reconnaître l'existence. D'abord, le point malade reste, en général, étranger à l'extension de l'organe pendant la grossesse, ou ne revient pas sur lui-même après l'accouchement. Ensuite il gêne, entrave nécessairement les contractions pendant le travail, et

(1) *Observ. sur divers suj. d'accouch.* etc., p. 34, 44.
(2) Burton, *Nouv. syst. des accouch.* etc., p. 384.
(3) *Nouv. méthode*, etc., p. 30, 32.
(4) *Gazette méd.*, 1832, p. 460.
(5) Lehrbuck, etc., § 638, 639, p. 381.
(6) *Voyez* Meissier, *ouvrage cité.*
(7) Outlines, etc., p. 242.
(8) *Progrés de l'art des accouch.*, 109, II.
(9) *Art des accouch.*, *trad. fr.*, p. 120, § 233.

favorise par là les convulsions, la déchirure de l'utérus, l'hémorrhagie, l'inertie et l'épuisement général. Il faudrait donc, pour soustraire autant qu'il est au pouvoir de l'art, la femme à de pareils dangers, extraire l'enfant, sans trop attendre, avec la main ou les instrumens.

Il importe d'autant plus d'être prévenu de ce précepte que le cancer de l'utérus, par exemple, est loin de rendre la grossesse impossible. Si comme le prouvent les observations de M. d'Outrepont (1), deux de celles que j'ai recueillies et plusieurs autres encore, la parturition se fait alors assez souvent sans secours, si, comme dans l'exemple publié par M. Troussel (2) et dans un qui m'est propre, les progrès du mal, font succomber d'autres femmes avant le terme de la grossesse, on n'en est pas moins forcé d'avouer les dangers mentionnés plus haut, et la nécessité de porter secours aux malheureuses qui souffrent de telles affections.

H. Déplacemens.

Les *déplacemens* et les *déviations* de la matrice ne laissent pas non plus que de rendre quelquefois l'accouchement fort difficile et même tout-à-fait impossible.

I. Chute de matrice.

On a des exemples de *prolapsus* complet de l'utérus qui n'ont pas empêché la fécondation de s'opérer ; témoin cette paysanne citée par M. Gorgani. La grossesse en est même quelquefois le remède, comme dans les deux cas de M. Ménard (3), un de M. Wagner (4), et celui de M. Camus (5). D'autres fois, la chute ne s'est effectuée que pendant la grossesse. Dans les deux cas, si la gestation arrive à son terme, il est possible que la ma-

(1) *Rev. méd.*, 1829, tome IV, p. 114.

(2) *Journal hebd.*, tome II, p. 253.

(3) *Transact. méd.*, tome IV, p. 327.

(4) *Journal des Progrès*, 1re sér. etc.

(5) *Soc. méd. de* Dijon, 1833, p. 111.

trice, qui ne peut pas être secondée par les muscles du ventre, se débarrasse toute seule; mais il est possible aussi que ses efforts soient insuffisans. Dès-lors la prudence veut qu'on mette successivement en usage les décoctions, les mucilages, les pommades émollientes, la dilatation ou l'incision des bords de l'orifice, et que l'on aille ensuite chercher le fœtus.

Harvey (1), V. Swieten (2) parlent déjà d'une matrice pendante qui n'empêcha pas l'accouchement de se faire sans secours. Elle formait une tumeur considérable entre les cuisses, dans un cas cité par Portal (3), qui en dilata l'orifice avec peine et obtint une fille vivante. La femme guérit, tandis que celle de Harvey mourut. Étant un jour près de la Haye, Deventer (4) vit la tête et le cou enveloppés de la matrice, sortir en entier hors du bassin. La femme dont parle Fabricius (5), et qui avait un prolapsus complet, accoucha aussi sans secours ou à l'aide de simples dilatations du col. Le prolapsus n'eut lieu qu'à cinq mois, et l'accouchement fut également spontané, en ce sens qu'il n'y eut point d'incisions à faire chez celle de Mullner (7). L'expulsion du fœtus s'étant effectuée à cinq mois dans l'exemple donné par Pichausel (6), et l'avortement en ayant aussi été la suite dans celui de Schelhammer (8), Hill (9) ne s'est pas trompé en disant que ce déplacement de l'utérus est une cause de fausse couche. Dans le cas de M. Coulson (10), la chute préexistait, et le fœtus sortit aussi à cinq mois. Burton (11), ne pouvant relever l'organe,

(1) *OEuv.*, p. 558.
(2) *Aphoris. de chir.*, tome VII, p. 227.
(3) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 37.
(4) *Manuel des accouch.*, p. 399.
(5) *Thèse de* Haller, *ext.* tome II, p. 102.
(6) Guillemot, *Archiv. gén.*, tome XVII, p. 81.
(7) *Ibid.*, p. 79.
(8) *Ibid.*, p. 82.
(9) Burns, p. 134, *ou méd. comm.* v. 4, p. 88.
(10) *Med. gaz.*, v. 6, p. 404.
(11) *Nouv. syst des accouch.* etc., p. 256.

tira trois pintes d'urine de la vessie, et réussit ensuite. Dans un cas, Richter (1) parvint également à faire rentrer la matrice au moyen du coucher en supination, et d'un appareil suspenseur, si bien que l'accouchement eut lieu sans accident. Le forceps devint nécessaire chez la femme dont parle M. Henschell (2) et chez celle que les journaux italiens (3) ont mentionnée depuis, ou dans le cas publié par M. Miscogliano (4). Le col étant calleux, chez celle que MM. Boistard et Py (5) ont fait connaître, nécessita une large incision de chaque côté. L'enfant était mort, la femme guérit. Jalouset (6) rapporte un fait presqu'en tout semblable. Il en est de même de celui de Marrigues (7), si ce n'est que la matrice était étranglée comme une gourde par le détroit inférieur. MM. Aschwell, Kingdon (8), Ryan (9) en citent d'autres exemples qui ont permis à l'accouchement de se terminer seul. Decreux (10), Saxtorph (11), en auraient aussi rencontré. Lauverjat (12) cite la femme Avard, qui devint enceinte au bout de quinze ans, et qui, à l'aide d'incisions, de déchirures, accoucha d'un enfant mort. Chez un autre, la tête entraîna la matrice. Chemin d'Évreux (13) fit une incision cruciale de dix-huit lignes sur le col et réussit. Dans un autre exemple indiqué par

---

(1) Guillemot, *archiv.*, tome 27, p. 80.

(2) *The Lancet*, 1829, v. 1, p. 647, Lond. *med. and. phys. journal* v. 66, p. 461.

(3) *Gaz. méd.*, 1832, p. 589.

(4) *Id.* 8°, tome III, p. 197.

(5) Guillemot, *loc. cit.*, p. 73.

(6) *Ibid. et journal de méd.*, 1775.

(7) *Ibid.* et Chopart et Desault, *Malad. des voies urin.* t. I, p. 389.

(8) *Lond. med. and surg. Journal*, 1830, p. 4.

(9) *Manual of midwif.* p. 144.

(10) *Acad. de chir.*, tome III, p. 368.

(11) Burns, *Principl. of midw.*, p. 422.

(12) *Nouv. méthod.*, p. 34.

(13) Lauverjat, *Oper. citat.*, p. 35.

M. Dupuy (1), la tête, enveloppée de la matrice, faisant saillie dans l'excavation où la sage-femme la prenait pour la poche des eaux, fut poussée à la vulve par les efforts de la femme, de manière qu'après l'accouchement on reconnut une large ouverture transversale près de l'orifice naturel; enfin, on voit, dans une observation un peu obscure de M. Fasola (2), que l'utérus a pu sortir pendant le travail et se rompre jusqu'au fond sans amener la mort.

Si l'ensemble de ces observations prouve qu'il est souvent inutile d'inciser le col, il démontre aussi, contrairement à l'opinion de M. Burns (3), et comme l'a fait encore M. Archer (4), que le débridement de cet orifice est quelquefois indispensable en semblable circonstance. Rien ne doit donc, dans tout cela, me porter à modifier les principes posés au commencement de cet article. J'ajouterai seulement que, dans un cas de descente incomplète, accompagnée d'adhérence, Campardon (5) se crut obligé de pratiquer l'opération césarienne recto-vaginale.

II. Hernie de matrice.

Sennert, Ruysch et d'autres ont relaté des observations de *hernies* de matrice en état de gestation; mais tout porte à croire que, plus d'une fois, on s'en est laissé imposer sur ce point par une inclinaison antérieure, ou plutôt, comme on le voit dans un exemple de Wimmer (6), par une antéversion très prononcée.

Ce genre de déplacement forme, selon plusieurs auteurs, un obstacle insurmontable à la terminaison spontanée de

---

(1) *Thèse*, n° 236., Paris 1822.

(2) Bourguet,, *Thèse*, Montpellier, août, 1824, *Journ.* du Var, 1824.

(3) *Principl. of midwif.* p. 423.

(4) Newyork *Med. report.* vol. I, p. 323.

(5) *Journal gén.* tome XII, p. 274.

(6) Oesterreichiche Medicinische, etc., 1822.

l'accouchement ; en sorte qu'ils n'ont rien trouvé de mieux à conseiller, en pareille circonstance, que l'opération césarienne. Cependant ce moyen extrême sera rarement employé par l'homme qui sait interpréter justement les ressources de l'organisme. Si la réduction est possible, l'acoucheur la tentera. Dans le cas contraire, on doit se contenter de conseiller la position horizontale et de recommander à la femme de ne point faire d'efforts. Pendant les contractions, et même dans leurs intervalles, il est bon de repousser la matrice avec les mains appliquées sur l'hypogastre, comme pour la faire rentrer dans l'abdomen. Avec ces précautions, qui ne sont pas même toujours indispensables, le col se dilate, s'ouvre, et le travail se termine sans autre secours et sans danger, même dans les cas en apparence les plus difficiles. Un accoucheur de Copenhague, M. Saxtorph (1), fut appelé près d'une femme qui portait depuis long-temps une hystérocèle crurale, et qui éprouvait quelques symptômes de grossesse. Le terme de la délivrance arriva. Le chirurgien avait porté le plus fâcheux pronostic, et pensait être obligé de pratiquer l'hystérotomie. Mais rien de tout cela n'eut lieu, et l'accouchement se termina seul. Il en fut de même dans un cas (2) où l'utérus était entièrement sorti à travers la ligne blanche. Rusych et Simon citent deux cas de hernie utérine non moins remarquables. Dans l'un on pratiqua l'opération césarienne. La femme mourut. Dans l'autre, on ne fit rien. La mère et l'enfant furent sauvés! Si la hernie était ombilicale, comme Flamant en aurait observé deux cas, au dire de M. Gravis (3), on pourrait certainement éviter cette opération. Une femme qui avait la matrice en besace et une déviation extrême du col, ne voulut pas se soumettre à la section césarienne, dit Lauverjat (4). Elle mourut, mais après être accouchée spontanément. Si la

---

(1) *Act. nov. soc. méd.*, Hafn., tome I, 1818.

(2) Frank et Meissner, 124-1622.

(3) *Thèse*, Strasb. 13 août 1831.

(4) *Nouv. méth. de pratiq. l'op. cés.*, etc., p. 72.

version fut si difficile dans un cas observé à l'amphithéâtre de Maygrier (1), et dans un autre publié par M. Halma-Grand (2) ; c'est qu'il y avait en même temps vice du bassin ou altération de l'utérus.

J. Déviations.

Les simples déviations de la matrice peuvent aussi gêner la marche de la parturition et réclamer des soins particuliers. A ce sujet, je crois devoir faire remarquer qu'il importe beaucoup plus que les auteurs ne semblent l'avoir pensé, de ne pas confondre les déviations du col, déjà signalées par Aétius (3) et par Moschion (4), avec les obliquités de la matrice proprement dite. En effet, bien que l'inclinaison de l'orifice coïncide assez fréquemment avec celle du fond de l'organe, il est incontestable, cependant, que l'une se rencontre souvent sans l'autre.

I. De l'utérus.

Quand l'utérus est incliné latéralement ou en arrière, il ne peut pas en résulter de grandes difficultés pour l'expulsion de l'enfant, s'il n'existe pas d'autre cause de dystocie. Dans l'obliquité antérieure, au contraire, surtout quand elle est portée très loin, les secours de l'art peuvent devenir indispensables. On fait coucher la femme dès le commencement du travail, en lui recommandant de garder la position horizontale, et en ayant soin de lui tenir le siége fortement élevé. On repousse l'hypogastre en arrière, pendant qu'avec un ou deux doigts introduits dans le vagin on tâche de ramener le col au centre du bassin. Ces dernières tractions, utiles quand l'orifice

---

(1) *Clinique des hôpitaux*, tome II, p. 332.
(2) *Gazette méd.* de Paris, 1831, p. 322.
(3) Smellie, *de la Théorie et de la pratiq., etc.*, tome I, p. 23.
(4) Spach, p. 18, nº 141.

se trouve relevé vers l'angle sacro-vertébral, n'ont pas besoin d'être tentées lorsque l'organe gestateur, au lieu de s'incliner comme par un mouvement de bascule, s'est coudé sur son plan antérieur à l'instar d'une cornue de chimiste. Mais alors il faut obliger la femme à modérer, à suspendre même ses efforts; car, pendant les douleurs, l'action du diaphragme et des muscles du ventre tend continuellement à augmenter l'obliquité, et annule ainsi les efforts que l'accoucheur exerce en sens inverse.

Je fus appelé, au printemps de 1825, par M. Majesté, près d'une jeune femme dont le travail n'avançait pas depuis plusieurs heures, quoique les douleurs fussent très vives. La matrice courbée en forme de cornue était tellement disposée qu'à chaque contraction sa face postérieure devenait complètement horizontale. Je fis comprendre à la malade que ses efforts étaient non seulement inutiles, mais encore qu'ils suffisaient pour empêcher l'accouchement de se terminer. Elle fut docile aux conseils que je lui donnai, et résista de toutes ses forces aux sensations qui l'excitaient à pousser. La matrice ne tarda pas à se relever d'elle-même pendant la contraction. La tête s'engagea promptement, et l'expulsion du fœtus s'effectua deux heures après. Il est donc des cas d'inclinaison où l'accouchement doit être abandonné presque entièrement aux seules contractions utérines. Peu (1), qui, quand la matrice est en besace, veut qu'on la relève et la retire pendant le travail, rapporte plusieurs observations du même genre.

Moschion et Deventer (2) ont eu tort, sans doute, de soutenir que les obliquités utérines déterminent le plus souvent une position transversale du fœtus; mais il serait tout aussi peu raisonnable de prétendre que cela n'a jamais lieu. Sennert (3), qui les indique déjà comme cause de dystocie, Amand (4), qui en

---

(1) *Pratique des accouch.* etc., p. 576.

(2) *Observ. sur les accouch.* etc., p. 34, 60, 201.

(3) Tome IV, par. 2, sect. 6.

(4) *Observ. sur la pratiq. des accouch.* etc., p. 19, 24.

parle sous le titre de vices de situation, et Peu (1) qui les avait signalées avant Deventer, en comprenaient assez bien l'influence; en sorte que Ould (2) et Smellie (3), qui en rejettent les effets, n'ont raison que contre les exagérations de Deventer. Si elles suffisent rarement pour amener les positions franchement transversales ou de l'épaule, elles me paraissent au moins très fréquemment la cause des présentations de la face, du front, de la nuque, des bosses pariétales, des hanches, etc, et sous ce rappport, mériter l'attention de l'accoucheur.

II. Déviation antérieuree de la tête du fœtus et postérieur de la matrice.

Je dois mentionner ici un genre de déviation que je n'ai rencontré qu'une fois, dont je n'ai trouvé que peu d'exemples dans les auteurs, et qui ne doit pas être confondue avec l'obliquité antérieure.

Sur une femme qui vint faire ses couches à mon amphithéâtre, au mois de mai 1828, le fond de l'utérus était plutôt incliné en arrière qu'en avant. La tête du fœtus formait, au-dessus du détroit, une saillie considérable qui descendait jusqu'auprès de la vulve, et se trouvait *au-devant* de la symphyse des pubis. Les parois du ventre étaient d'ailleurs si minces qu'on sentait aisément la tête, ses fontanelles et ses sutures à travers leur épaisseur. L'occiput était à droite et la face à gauche. Le pariétal droit appuyait contre la face antétérieure de la symphyse pubienne, et le gauche se trouvait en avant. Le col utérin, qu'il fallait aller chercher au niveau du détroit supérieur, semblait être creusé dans l'épaisseur de la matrice; ce qui lui donnait beaucoup plus de longueur en arrière que dans le sens contraire. Pour trouver l'orifice et pé-

(1) Oper. citat., p. 285.

(2) Burton, *Nouv. syst. des accouch.*, p. 283.

(3) *De la theor. et de la pratiq. des accouch.* etc., tome I, p. 66.

nétrer vers la tête de l'enfant, je fus obligé de recourber le doigt de manière à le faire passer horizontalement au-dessus des pubis. Une pareille disposition me surprit et j'en fis part aux élèves, qui en constatèrent facilement l'existence. La marche du travail en fut tellement entravée, qu'après sept jours de douleurs et de contractions assez fortes, le col, quoique très mou et très dilatable, ne s'était que légèrement entr'ouvert. Desormeaux, que j'invitai à venir examiner ce fait remarquable, avoua n'avoir encore rien observé de semblable, et pensa, comme moi, qu'il fallait, à l'aide de la position et de l'action de la main convenablement combinées, tâcher de reporter la tête dans le centre du détroit supérieur, en la faisant glisser de bas en haut et d'avant en arrière par-dessus les pubis. Je commençai à exécuter cette manœuvre à huit heures et demie, et la continuai, en alternant avec plusieurs élèves, jusqu'à neuf heures. De ce moment il n'y eut plus de tumeur au-devant de la symphyse, et le travail marcha si rapidement, qu'en moins d'une heure on vit l'enfant sortir, et la délivrance elle-même se terminer. M. Broqua (1) me paraît avoir rencontré quelque chose de semblable ; car il dit aussi que le sommet de la tête était en avant et au-dessus des pubis, que l'occiput regardait à gauche et la face à droite.

Un pareil état semble se rattacher, 1° à l'inclinaison postérieure de la matrice ; 2° à l'inclinaison outrée du détroit supérieur ; 3° à quelque position déviée de la tête du fœtus, ou peut-être à l'épaisseur, à la densité inégale des parois de l'utérus. C'est à ce déplacement qu'il convient de rapporter les positions décrites sons le nom de sus-pubienne par madame Lachapelle.

III. Résumé sur les déviations.

L'inclinaison antérieure de l'utérus est, on peut le dire, la seule qui exige quelque attention pendant le travail. Quand

---

(1) *Mémoire sur un accouch. laborieux*, 1824.

elle existe, le fœtus ne s'engage qu'avec peine; les muscles abdominaux, trop fortement courbés, se contractent avec une faible énergie ; si la tête de l'enfant s'engage néanmoins dans l'excavation, l'orifice se relève en arrière, tandis que sa paroi antérieure, amincie, distendue, enveloppe la tête comme une coiffe, et descend au dessous du détroit.

Cette disposition, d'ailleurs, ne laisse pas que d'être embarrassante pour les commençans. Elle peut leur faire croire que la dilatation est complète, dans quelques cas où elle est à peine commencée; plus souvent, ne trouvant pas de col, ils rêvent des anomalies ou ne savent que penser. Voici ce que m'écrivait (3 janvier 1827) un jeune confrère de mes amis, qui pratiquait déjà depuis trois ans avec distinction dans la capitale. « J'ai passé la nuit près de madame de S. A.....; le tra-« vail paraît marcher régulièrement; mais je ne trouve point « l'orifice; j'ai porté le doigt vers le promontoire, puis du côté « des fosses iliaques, puis en avant, derrière le pubis; partout « je suis arrivé jusqu'au cul-de-sac formé par l'extremité su-« périeure du vagin, mais je n'ai point trouvé le col; qu'ai-je « à faire, qu'est-ce que cela veut dire? » C'est qu'en effet l'orifice était tellement porté en arrière et en haut sur la tumeur, que, pour l'atteindre, il fallait recourber le doigt en crochet tout-à-fait en avant.

Toutes les fois que j'ai rencontré cette particularité qui, je le répète, est très-commune, le travail a marché avec beaucoup de lenteur jusqu'à la fin du premier temps; mais, comme Barbaut, je l'ai vu prendre ensuite une grande énergie et ne point réclamer de secours particuliers.

Maintes fois j'ai trouvé l'orifice tourné de telle sorte en arrière ou de côté, que son plan était presque parallèle à l'axe du corps de la femme, quoique le reste de l'utérus fût à peine dévié. L'excès d'amplitude du bassin, une grande inclinaison de son détroit supérieur, et les présentations de l'occiput sont probablement les causes qui favorisent le plus cette obliquité, que M. Parent (1) rapporte exclusivement, mais à tort, à

(1) *Précis des travaux de la Soc. méd. de Dijon*, 1833, p. 178.

une saillie trop grande du promontoire. En touchant, on sent tantôt presqu'au bas de l'excavation, tantôt un peu plus haut, une tumeur en général fort régulière, et qui est formée par la tête de l'enfant, que recouvre la paroi antérieure du col utérin distendu et considérablement allongé. Cet état m'a paru, ainsi que je l'ai déjà dit, donner une lenteur toute particulière à la marche de l'accouchement, et coïncider souvent avec ce qu'on appelle *douleurs de reins*. C'est alors que la rupture du col par décollement dont il a été question plus haut, est à craindre, au point de laisser passer le fœtus par la plaie qui en résulte, comme dans l'exemple de M. Dupuy, et que des mains inhabiles peuvent prendre la tumeur pour la poche des eaux, ou la saisir avec le forceps en croyant agir sur la tête libre.

Les écrivains les plus habiles, et Baudelocque lui-même, ont conseillé, pour remédier à cet état, d'accrocher l'orifice avec un ou deux doigts, de l'abaisser vers le centre du bassin, dans l'intervalle des douleurs, et de l'y maintenir pendant les contractions; ou bien d'avoir recours à l'hystérotomie vaginale, seul moyen d'éviter la gangrène ou la déchirure de l'utérus, etc. Si je m'en rapportais à ma propre expérience, je serais porté à penser, avec Smellie (1), qui soutient que les déviations du col en arrière n'exigent ni la version ni les dilatations prescrites par Deventer, qu'ici l'art est rarement nécessaire, et que plus d'une fois on s'est trop empressé d'agir, au grand détriment de la mère ou de son fruit. Long-temps je me suis conformé aux préceptes exposés dans les livres. Je tirais sur le col et faisais tout pour le ramener au centre de l'excavation. Je réussissais, il est vrai; mais, assez souvent, ce n'était qu'après être resté plusieurs heures près de la femme. Un jour je fus obligé de me faire remplacer par un élève, qui négligea les instructions que je lui avais données. Après une absence de trois heures, je revins et trouvai

(1) *De la théorie et de la pratiq. des accouch.* etc, tome I, p. 323.

le col complètement dilaté, la poche rompue et la tête fortement engagée. Depuis cette époque, je n'ai plus rien fait en pareil cas, et l'organisme est toujours parvenu à rétablir les choses dans l'état naturel. L'important alors est de ne point solliciter les efforts de la femme, d'attendre patiemment que la matrice, en se contractant avec la lenteur dont elle semble avoir besoin, ait ramené le col au sommet de la tumeur, et forcé la tête à s'y engager. Mon intention n'est pas de conclure de là qu'on ne doit jamais sortir de l'expectation, mais bien seulement de faire remarquer que, à part un petit nombre de cas, la nature peut se suffire à elle-même, et qu'il ne faut pas se décider légèrement à mettre en usage des opérations sanglantes.

K. Cicatrices abdominales.

Les gibbosités, les maladies aiguës, ne deviennent causes de dystocie qu'en ce qu'assez souvent elles ne permettent pas à la femme de se livrer sans danger aux efforts que réclame la délivrance; mais il est une autre cause d'accouchement difficile, fort remarquable, et qu'aucun auteur n'a mentionnée. Une femme, forte et robuste, enceinte pour la première fois à quarante-cinq ans, était en travail depuis quarante heures, quand M. Morisse me fit appeler auprès d'elle. La présentation était bonne. La tête occupait l'excavation depuis douze heures sans avancer, malgré l'énergie des contractions utérines. La peau du devant des cuisses et de l'abdomen, toute couverte d'anciennes cicatrices dures et fibreuses, bridait tellement la partie inférieure de l'hypogastre, que la matrice en était comme étranglée immédiatement au-dessus des pubis et que l'enfant ne pouvait plus descendre. J'appliquai le forceps, et le fœtus fut amené vivant.

§ II. Dystocie par le fœtus

A. Excès de volume.

Nul doute, dit M. Dugès (1) qu'une *taille* considérable de l'enfant ne puisse rendre l'accouchement plus lent, plus douloureux et plus pénible, surtout si les passages sont peu souples et peu ouverts, comme dans un premier travail; mais il n'est pas encore prouvé que de grandes dimensions, dans le corps bien proportionné d'un fœtus à terme, aient jamais formé à elles seules un obstacle insurmontable à la parturition spontanée.

Si Baudelocque, Chaussier, M. Capuron, etc. (2), ont vu des enfans nouveau-nés peser près de treize, douze et dix livres, toujours est-il qu'on n'en voit plus maintenant dont le poids s'élève à quinze, vingt et vingt-cinq livres, ni qui atteignent au-delà de vingt-deux à vingt-trois pouces de longueur. Or, comme il est facile de s'assurer que la tête d'un fœtus de vingt-deux pouces n'offrira pas tout-à-fait quatre pouces dans ses diamètres occipito-bregmatique et bi-pariétal, on voit aussitôt que, même dans le cas de volume extrême, l'accouchement spontané n'est pas impossible. Je ferai remarquer cependant qu'alors le moindre rétrécissement de la cavité pelvienne, surtout dans son détroit périnéal, deviendrait promptement cause de dystocie.

S'il était vrai, comme le croit Trinchinetti, que les os du crâne fussent plus durs quand la femme ne devient enceinte qu'après 30 ans, ou comme le prétendent Clarke, Bland, M. Ryan, que les garçons eussent la tête d'un vingt-huitième plus grosse que celle des filles, on concevrait, par la même raison, que l'accouchement doit être alors un peu plus difficile, et que le sexe mâle doit prédominer chez les enfans

---

(1) *Revue méd.* 1827, tome IV, p. 147.

(2) *Voyez* l'art. *Dimensions du fœtus*, tome I.

morts-nés. Du reste, on ne croit plus que les fœtus qui ont le col court descendent avec plus de difficulté que les autres, comme l'avance Peu (1). On admet encore moins, avec cet auteur (2), que l'enfant puisse se prendre le cou entre les bras ou les cuisses, de manière à se faire suffoquer; de même qu'on ne pense plus à l'arrêt des épaules au détroit supérieur, comme cause de dystocie, ou à l'étranglement du fœtus par le resserrement du col utérin. Mais le fœtus peut rendre l'accouchement difficile ou impossible d'une autre manière, quand il est mort. Chez une femme, observée par M. Duparcque, il avait acquis une telle dureté, et ses membres étaient tellement écartés, que s'il était allé jusqu'à terme, les voies naturelles ne lui eussent certainement pas livré passage. L'emphysème général, que Peu (3) signale déjà, peut être porté si loin, et donner une telle densité aux tissus d'un fœtus mort pendant le travail, que le corps à extraire se trouve parfois doublé ou triplé de volume, ainsi que j'en ai cité une observation plus haut.

En pareille circonstance, la version par les pieds n'est qu'une faible ressource. En effet, si, quand la tête vient la première, ses diamètres et sa circonférence les plus courts se mettent presque constamment en rapport de direction avec les diamètres les plus grands du bassin, il est rare qu'en faisant l'extraction de l'enfant par les pieds on ne force pas l'occiput à se renverser plus ou moins vers le dos, et le diamètre occipito-frontal, qui, dans ce cas, serait long de près de cinq pouces si ce n'est même l'occipito-mentonnnier qui en aurait au moins cinq et demi, à prendre la place du diamètre occipito-bregmatique.

Le mieux est donc de s'en rapporter aux ressources de l'organisme, de tenter plutôt l'application du forceps que la version, quand il devient indispensable d'agir, et, si l'extrémité

---

(1) *Pratiq. des accouch.* p. 182.

(2) *Ibid.* p. 389.

(3) *Ibid.* p. 384.

pelvienne s'était présentée la première, ou si on était allé la chercher, de mettre tout en œuvre pour que l'un des bras ne se renversât pas derrière le cou.

Un fœtus monstrueux, mais unique, apporte rarement de grandes difficultés à l'accouchement. J'en ai disséqué un qui paraissait énorme. Ses quatre membres n'avaient que deux pouces de longueur, et cependant il pesait huit livres. M. Gasnault, qui l'avait reçu, doit en conserver l'observation. M. Suchet (1) en cite un dont le tronc se terminait par une queue et qui n'avait point de membres abdominaux.

L'*infiltration* des tégumens craniens, des tumeurs sanguines, augmentent quelquefois sensiblement le volume de la tête, mais rarement au point d'apporter un obstacle réel à sa sortie. Harnier a fait observer que si les trombus, les infiltrations sont parfois assez considérables pour mériter l'attention du praticien, c'est tout simplement parce qu'en s'engageant dans le vide de l'arcade pubienne, de semblables tumeurs s'opposent quelquefois au mouvement de rotation que doit exécuter la tête pour traverser le détroit inférieur.

B. Hydropisies.

I. L'*hydrocéphalie* est une cause de dystocie beaucoup plus réelle et surtout beaucoup plus grave que la précédente. On la reconnaît à différens signes. Le doigt sent une tumeur large et tendue. Les os sont très écartés l'un de l'autre et très mobiles. Les fontanelles offrent des dimensions considérables. Quelquefois on trouve des os wormiens plus ou moins larges au milieu d'espaces complètement membraneux. Quant à l'infiltration des membres et de l'hypogastre de la mère pendant la gestation, à l'ascite, à l'hydramnios, à l'anasarque, à la constitution lymphatique et aux signes rationels qu'on a voulu tirer du volume de la tête, de la langue, du front de la femme, ils ne peu-

---

(1) *Journal univ.* tome VI, p. 251.

vent donner lieu qu'à des conjectures tout-à-fait insuffisantes quand il s'agit d'établir un diagnostic positif. Il faut d'ailleurs ne pas s'en laisser imposer par un défaut accidentel d'ossification, une fontanelle, des sutures anormales ou une grande flexibilité des os, et se rappeler que l'hydrocéphalie pendant la vie intra-utérine est tellement rare que, d'après madame Lachapelle et M. Dugès, sur 43,555 accouchemens on ne l'a rencontrée que quinze fois.

Pour comprendre les dangers de cette espèce de dystocie, il est bon de savoir que la sérosité peut s'accumuler dans le crâne en quantité très variable et que si la tête est molle, ou que ses dimensions n'en soient pas considérablement augtées, les seules forces de la femme suffisent en général à son expulsion. Quand son volume n'est pas excessif, et que la matrice menace de tomber dans l'inertie, on a recours au forceps, en ayant soin de presser avec lenteur et modération, afin de ne rien rompre et que l'instrument ne fasse pas d'échappées. Lorsque l'enfant est mort, ou lorsque la tête est trop grosse pour traverser les détroits, la céphalotomie forme une dernière ressource qu'on est obligé d'employer.

Toutefois, je ne dois pas taire que cette opération a fait et fait encore le sujet d'une question fort importante parmi les praticiens Quand on a la certitude que le fœtus a cessé de vivre, tout le monde est d'accord ; mais, dans le cas contraire, on a dit qu'il n'était pas permis de le tuer, qu'il valait mieux pratiquer l'opération césarienne, ou la symphyséotomie. D'autres ont objecté qu'un enfant ne devait pas être l'assassin de sa mère ; que les fœtus hydrocéphales succombant peu d'instans après leur naissance, il serait contraire à l'humanité autant qu'à la morale de sacrifier une femme saine et bien portante à un être dont l'existence est si précaire. Ces raisons sont, selon moi, de la plus grande force ; car, s'il est vrai, comme le soutient M. Dugès, qu'un léger degré d'hydrocéphalie ne doive pas nécessairement amener la mort, n'empêche pas toujours la viabilité et qu'on puisse quelquefois en obtenir la guérison, il est également certain qu'alors la tête n'est pas assez volumineuse pour exiger absolument l'opération, et que, dans

les cas où la maladie est portée assez loin pour rendre l'accouchement impossible, on ne doit nullement compter sur la viabilité de l'enfant. Mais de quelle manière faut-il évacuer le liquide? est-ce avec les ciseaux de Smellie, avec le perce-crâne de Stein, avec un bistouri ordinaire, ou bien est-il mieux, à l'instar de Maygrier et de M. Dugès, de se contenter d'un trois-quarts? Puisqu'au rapport de Holbrock, Vose (1), etc., on a fait la ponction avec succès après la naissance, puisque de larges dilacérations sont inutiles pour donner issue au sérum de l'hydrocéphalie, je ne vois aucun inconvénient à suivre cette dernière conduite. Elle satisfait tout à la fois à la prudence et aux besoins de la pratique. Seulement si la tête ne se vidait pas par une aussi petite ouverture assez complètement pour que sa sortie devînt facile, je ne balancerais plus à plonger dans le crâne un des instrumens mentionnés tout-à-l'heure.

Après la céphalotomie, les contractions utérines suffisent, en général, pour terminer l'accouchement. Au reste, quand il en est autrement, on a recours au forceps, à la version, ou bien aux crochets.

II. *Spina-bifida*. Je n'ai point connaissance que l'*hydrorachis* ait jamais apporté un obstacle réel à la terminaison de l'accouchement. C'est une maladie dangereuse pour le fœtus, et voilà tout. Au surplus, rien ne serait plus facile que de vider la tumeur en y enfonçant un trois-quarts, si elle paraissait gêner la marche du travail.

III. L'*ascite* et l'*hydrothorax* sont quelquefois assez considérables pour s'opposer à la sortie de l'enfant, ainsi qu'il conste des remarques de Baudelocque, M. Lamouroux (2) et de M. Dugès. Mauriceau (3), qui en avait souvent observé et qui ne veut pas d'autre méthode que la ponction du ventre en rapporte un exemple remarquable recueilli à l'Hôtel-Dieu.

---

(1) *Trans. méd. chir.* tome IX, ou *Journal des Progrès*, 2[e] sér. t. II.
(2) *Bibl. méd.* 1825, tome VII, p. 441.
(3) *Malad. des femmes grosses*, etc., p. 269,

Un élève, la maîtresse sage-femme ne purent avoir l'enfant. Le chirurgien en chef lui arrache la tête, les bras, les côtes et ne réussit pas mieux. Mauriceau lui perce l'abdomen et l'amène sans difficulté. Peu (1) en cite une autre dont le ventre se rompit pendant le travail. Les observations 322, 333, de de la Motte (2), prouvent aussi que l'ascite du fœtus peut rendre l'accouchement fort difficile; et Lemoine (3), qui dit qu'on peut extraire l'enfant sans le soumettre à la ponction, ne devait en avoir vu qu'un petit nombre. S'il n'y avait qu'un litre de liquide comme dans le cas observé par M. Moreau (4), l'accouchement se ferait sans doute, puisque Portal (5) en a vu naître un avec l'abdomen énorme; mais quand le péritoine en contient de douze à quinze litres, comme l'a vu M. Petit-Mangin (6), la ponction est indispensable. Elle l'eût été encore chez le sujet dont parle M. Herpin (7), puisqu'après avoir décapité le fœtus, il fallut employer les crochets pour extraire le tronc. En tous cas on devrait proscrire ces lacérations, ces éviscérations qu'employait Deventer, aussi bien que les perforations avec le doigt porté sur l'ombilic, ou dans les environs, que conseillent Levret (8), Barbaut (9). De simples ponctions avec le trois quarts ou le bistouri suffiront toujours pour produire l'effet qu'on veut obtenir, soit qu'elles portent directement sur le ventre, soit qu'à l'instar de M. Petit-Mangin, on les dirige à travers le diaphragme.

---

(1) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 383.

(2) *Traité compl. des accouch.* etc., p. 612.

(3) Burton, *Nouv. syst. des accouch.* etc., p. 367.

(4) *Bibl. méd.* 1828, tome III, p. 145.

(5) *La pratiq. des accouch.* etc., p. 78.

(6) *Gazette méd.* 1833, p. 418.

(7) *Précis de la Soc. méd.* du départ. d'Indre et Loire, 1826.

(8) *Art des accouch.* p. 133.

(9) *Cours d'accouch.* tome II, p. 17.

C. Tumeurs diverses.

Des *tumeurs solides*, développées sur quelques points du tronc, une difformité très prononcée pourraient, comme dans un exemple rapporté par Baudelocque et dans un autre publié par M. Nivert (1), réclamer quelques soins particuliers ou même rendre l'accouchement tout-à-fait impossible. Des cas de ce genre sont d'autant plus fâcheux que le plus souvent il est tout-à-fait impossible de reconnaître l'état des choses avant la terminaison du travail. Ainsi, dans le fait observé par M. Nivert, le fœtus offrait une gibbosité solide et très-saillante, comme accrochée au-dessus des pubis. Le forceps fut appliqué, mais inutilement. Il fallut vider la tête; encore ne parvint-on qu'à l'aide du crochet aigu et des tractions les plus fortes à extraire le tronc de l'enfant. Qui eût pu soupçonner la nature d'un pareil obstacle? quand même on l'aurait reconnu, que fallait-il faire? faudrait-il tenter la version? tirerait-on quelque avantage d'une pression convenablement dirigée sur la partie inférieure de l'hypogastre? C'est à l'expérience qu'il appartient de résoudre ces questions. Peu (2) parle d'une tumeur deux fois grosse comme la tête, et qui, bien que située à la pointe du sacrum aurait rendu l'accouchement fort difficile. On peut en dire autant de celle que mentionne F. de Hilden (3), d'après une lettre de Screta, et qui occupait la nuque sous la forme d'une seconde tête, puis d'une semblable qu'indiquent les mémoires de l'académie des sciences (4), puis de celle qu'a fait voir madame Legrand (5), qui se trouvait aussi sur le cou et qui avait également le volume de la tête d'un nouveau-né. Une

(1) *Archiv gén.*, tome XIII, p. 618.

(2) *Pratiq. des accouch.*, p. 469.

(3) Bonet, *Trad. fr.*, p. 83.

(4) *Année* 1754, 497, p. 94.

(5) *Rev. méd.* 1828, tome IV, p. 562.

tumeur semblable existait à la nuque dans le cas que cite M. Chalmer (1). La gazette de Seine-et-Oise (2) a rapporté un fait encore plus singulier. Il existait dans l'épaisseur des parois du ventre un kyste énorme qui arrêta long-temps le travail, et dont il fallut faire la ponction. Celle dont parle M. Ozanam (3), qui existait au-devant des pubis et qui contenait douze pintes d'eau, finit par se rompre sans empêcher l'enfant de venir vivant. Celle qui se voyait au sacrum de l'enfant observé par M. Wardrop (4), n'ayant que quatorze pouces de contour, eut certainement été moins embarrassante. V. D. Wiel (5), Tulpius, qui en ont rencontré aux lombes, ne leur donnent pas assez de volume pour porter à croire qu'elles eussent mis de grands obstacles à la parturition.

D. Fœtus multiples.

La présence simultanée de *plusieurs fœtus* dans la matrice est loin d'être toujours une cause de dystocie, quand ils sont indépendans l'un de l'autre, et qu'ils se trouvent renfermés dans chacun une poche amniotique séparée. C'est le contraire lorsqu'ils sont contenus dans le même sac membraneux, ou qu'ils ont contracté des adhérences qui les forcent à se présenter ensemble aux détroits du bassin. Souvent aussi, même quand ils sont libres, l'un des fœtus, habituellement le dernier, se présente en travers aux détroits,

I. Jumeaux monstrueux.

L'union des fœtus peut offrir des degrés et des nuances extrêmement variées. Tantôt, c'est par un point très circonscrit de la

---

(1) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 698.
(2) *Gazette méd.* de Paris, 1833, p. 418.
(3) *Journal gén. de méd.*, tome LX, p. 365.
(4) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 308.
(5) *Observ. rarior.*, vol. II, p. 368.

partie inférieure, moyenne ou supérieure ; tantôt par la presque totalité du dos, de l'un des côtés ou du plan antérieur, que ces petits êtres se tiennent. D'autres fois, ils sont collés par la tête, ou placés bout à bout par le siége. La fusion est quelquefois beaucoup plus complète : ou bien il n'y a qu'un seul tronc pour deux têtes, et deux ou quatre bras ; ou bien, au contraire, c'est une seule tête pour deux troncs et des membres plus ou moins complètement isolés. Les monstres bicéphales forment une variété des plus communes. Outre celui que Rhodion (1) a figuré et qui différait à peine de la fameuse Ritta-Christina, celui que Peu (2) dit avoir disséqué avec Emmerez, celui dont M. Worbe (3) a déposé le squelette dans le muséum de la Faculté, celui de M. Lavielle (4), qui vint par les pieds, et qui n'avait que trois bras, celui de M. Ratel (5) de Bourbourg, dont il fallut couper une des têtes, celui qu'a observé jadis Bagard (6) de Nancy, et qui a été vu par un grand nombre de personnes, on en trouve une foule d'autres exemples dans les recueils scientifiques.

Une seule tête pour deux troncs, s'est aussi rencontrée, quoique plus rarement. Dans un cas cité par M. Lavielle (7), les fœtus étaient unis de manière à n'en former qu'un. Celui que M. Villette (8) de Compiègne a reçu était double par le pelvis, et simple par la tête. Il en était de même de celui de madame Heu (9). M. Hastings (10) en a vu un qui n'avait pas de membres, quoique l'ossification du crâne fût très avancée et le

---

(1) *Des divers trav. et enfant.*, etc., feuillet 7.

(2) *Pratiq. des accouch.*, etc., p. 470.

(3) *Bulletins de la Faculté*, 4e année, p. 32.

(4) *Ibid.* p. 210.

(5) *Ibid.* tome VI, p. 32.

(6) *Acad. des Sc.* 1751, hist. p. 106.

(7) *Bulletins de la Faculté*, 1806, p. 62.

(8) *Rev. méd.* 1827, tome III, p. 169.

(9) *Ibid.* 1830, tome IV, p. 135.

(10) *Bibl. méd.* 1821, tome I, p. 115.

tronc assez volumineux. Peu (1) dit en avoir reçu une autre qui, la tête exceptée, ressemblait à un oiseau de rivière habillé pour la broche. M. Gasnault et moi en avons disséqué un qui était énorme, quoique ses quatre membres ne fussent que rudimentaires. De La Motte (2) en décrit un semblable, si ce n'est que les os de la voûte du crâne manquaient. Ici le volume seul de la tête ou du tronc peut gêner l'accouchement; car il n'y a point d'inégalité qui puisse y mettre obstacle.

Un fœtus anopse, comme celui de M. Buzairiès (3); cyclope comme celui de M. Duane (4), ou avec un prolongement en forme de trompe d'éléphant, comme celui de M. Clausure (5); avec absence de la voûte osseuse du crâne, comme celui de M. Lecadre (6); avec insertion du placenta sur le front et absence d'ossification dans cette région, comme ceux de Châteaurenault (7) et de M. Costallat (8); avec un nez en forme de bec de perroquet, et une apparence d'organes sexuels mâles sur le front, comme ceux que citent Peu (9) et De la Motte (10), ne purent pas non plus rendre l'accouchement impossible. Il en est de même de tous les acéphales ou anencéphales, des monstres par éventration, comme ceux qu'ont vus M. Nel, M. Tacheron, M. Montault, M. Clairat, M. Bizot (11), monstres qui exigent parfois néanmoins l'intervention de la main; attendu qu'ils se présentent plus souvent par le pelvis ou le tronc que par la tête.

---

(1) *Oper. citat.*, p. 464.

(2) *Traité complet des accouch.*, etc., p. 675, obs. 352.

(3) *Rev. méd.* 1830, tome II, p. 149.

(4) *Ibid.* p. 296.

(5) *Ibid.* p. 59.

(6) *Ibid.* tome I, p. 433.

(7) *Ibid.* 1829, tome II. p. 146.

(8) *Ibid* 1832, p. 757.

(9) *Oper. citat.*, p. 463.

(10) *Oper. citat.*. 4. 677, obs. 353.

(11) Velpeau, *Rapport à l'Acad.*, *Journal hebdom.* 1834, t. I.

Quand ils sont unis par l'abdomen ou le devant de la poitrine au moyen d'une bride, comme Fournier en donne déjà un dessin et comme les deux siamois figurés à New-Yorck en forment un bel exemple, la difficulté peut devenir extrêmement grande, quoiqu'assez souvent encore ils viennent cependant sans secours, ainsi qu'on le voit par l'observation de M. Boisson (1), par celle de M. Scoutetten (2), et aussi par celle de M. Berry, puisque les deux petites filles dont parle ce dernier médecin ont vécu trois ans, ont eu la petite vérole ensemble, étaient purgées toutes les deux par le médicament donné à une seule, et sont mortes ensemble.

Ceux qui se trouvent accolés dos à dos comme l'ont vu Bouthier (3) et M. Norman (4), ou par le côté, comme Bouthier en cite également un exemple, viennent aussi parfois sans trop de difficultés, ainsi que le prouve un fait rapporté par M. Bry (5), dans lequel on put dégager le tronc postérieur, puis le tronc antérieur, la tête postérieure, puis la tête antérieure.

Les signes de ces monstruosités sont tellement vagues, qu'ils ne méritent réellement pas d'être rappelés ici. On ne peut avoir la certitude, ou même de simples probabilités de leur existence, qu'autant qu'il y a déjà quelques portions du fœtus au dehors ; encore est-il alors, le plus souvent, fort difficile de caractériser la nature du monstre qu'on a sous les yeux.

On possède assez d'exemples d'enfans monstrueux par excès de parties, nés vivans et sous la seule influence des forces de la mère, pour engager à ne pas trop s'empresser d'agir en pareille circonstance. Qu'un fœtus double, avec une seule tête, se présente par le vertex ou même par les pieds, et, si le bassin

---

(1) *Rev. méd.* 1830, tome I, p. 517.

(2) *Archiv. gén.* 2e série, tome II, p. p. 598.

(3) *Acad. des Sc.* 1727, hist. tome XXXIX, p. 30.

(4) *Bullet. de la Faculté*, tome VI, p. 2.

(5) *Ibid.* tome IV, p. 184.

est bien conformé, l'accouchement n'exigera pas de secours particuliers. Il en serait de même de deux fœtus placés à l'extrémité l'un de l'autre, soit par le siége, soit par la tête, ainsi que le prouvent les faits mentionnés par Meckel, Palfyn, Duverney, MM. Lavielle (1) et Villeneuve (2) surtout. Il y a plus, M. Dugès en a vu un, complètement double, à terme, volumineux, naître sans aucun secours. Mais aussi les observations de Plenk, de Smellie, démontrent que des monstres beaucoup plus petits ont plus d'une fois rendu l'accouchement très pénible, surtout quand on a voulu les avoir vivans.

Quand il y a deux têtes pour un seul tronc, si celle qui est en avant parvient à s'engager la première, la seconde pourra suivre sans trop de difficulté. Poussées l'une par l'autre, elles franchiront la vulve presque aussi facilement que s'il n'y en avait qu'une seule. Celui que cite M. Gravis (3) avait deux têtes et deux troncs, et n'en vint pas moins spontanément. Si le fœtus avait une des têtes sur le sacrum, et qu'il fût hydropique, comme Peu (4) l'a rencontré, son extraction pourrait devenir extrêmement pénible au contraire. Ils peuvent encore être unis pelvis à pelvis, et de manière à ce que les membres abdominaux se placent en travers comme dans le cas de M. Moreno (5). Baudelocque cite aussi le cas d'un fœtus absolument double qui vint sans secours, et M. Chevreul (6) en indique à lui seul trois ou quatre observations. Lorsqu'un bicéphale vient par les pieds, c'est la tête postérieure qui descend d'abord dans l'excavation. L'autre reste au-dessus des pubis. Cette dernière s'engageant à son tour, rend le reste de l'accouchement aussi facile que dans le cas précédent. Mais elles peuvent s'engager

---

(1) *Bulletins de la Faculté*, 1806, p. 62.
(2) *Journal hebdom. univ. de méd.* tome III, p. 373.
(3) *Thèse*, Strasb. 13 août 1831.
(4) *Pratiq. des accouch.*, etc., p. 465.
(5) *Journal univ. des sc. méd.*, t. XVIII, p. 181.
(6) *Principes de l'art des accouch.*, p. 181.

dans un autre ordre. L'une d'elles peut se renverser sur l'angle sacro-vertébral, ou bien au-dessus des pubis. La femme peut s'épuiser en vains efforts et l'intervention de l'accoucheur devenir indispensable. Alors, avant d'opérer, plusieurs questions se présentent au praticien. Le monstre est-il mort, est-il vivant? Dans ce dernier cas, est-ce sur la femme, est-ce sur le fœtus qu'on doit agir? Je sais qu'un enfant double, ou simplement bicéphale, peut vivre et croître hors du sein de sa mère, que plusieurs ont vécu jusqu'à sept, dix, vingt ans, et même jusqu'à un âge très-avancé; qu'un fœtus, né aux Indes, observé par M. Dent (1), mort à l'âge de trois ans des suites d'une piqûre de serpent et qui avait deux têtes collées par le vertex, se développait aussi régulièrement que l'enfant le mieux conformé. On connaît l'histoire de cet autre monstre, observé en Chine, et dont M. Geoffroi Saint-Hilaire (2) a entretenu l'Académie des Sciences. On a bien dit aussi que des anencéphales étaient nés vivans. M. Spessa (3), entre autres, ne soutient-il pas qu'un fœtus de ce genre qui n'avait ni cerveau, ni cervelet, ni moelle allongée, a crié, respiré onze heures. Peu (4) s'était contenté d'un gros quart-d'heure. Celui de V. D. Wiel (5) a vécu vingt-quatre heures; mais l'excroissance qu'il avait à la place du cerveau, rend le fait assez facile à concevoir; tandis qu'on ne comprend pas comment un fœtus qui n'a plus d'encéphale, dont le bulbe rachidien lui-même est altéré, a pu vivre vingt heures, comme M. Hélie (6) de Nantes dit en avoir été témoin. Je ne veux donc pas soutenir que de semblables êtres sont, de nécessité, inaptes à la viabilité; mais est-il vrai qu'ils aient les mêmes droits que tout autre fœtus à nos ménagemens, à notre sollicitude; que leur vie soit assez précieuse

---

(1) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 484.

(2) *Rev. méd.* 1825, tome IV, p. 334, ou 1826, tome III, p. 499.

(3) *Gazette méd.* de Paris 1833, p. 46.

(4) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 467.

(5) *Obs. rarior.* vol. 1, p. 6.

(6) *Rev. méd.* 1832, tome II, p. 427.

pour que, dans le but et avec les chances peu nombreuses de les conserver à l'existence, on doive pratiquer sur la mère une opération des plus dangereuses et trop fréquemment mortelle? Par l'opération césarienne on peut, je ne l'ignore pas, sauver l'enfant et ne pas faire périr la mère; mais qui ne sait aussi qu'on a la douleur de perdre au moins la moitié des femmes qui s'y soumettent, et que presque tous les fœtus ne tardent pas à succomber eux-mêmes ? Je n'hésite pas à le dire, si j'avais à choisir entre l'hystérotomie et le meurtre d'un monstre, je ne balancerais pas un instant, je sacrifierais le fœtus. Heureusement, l'accoucheur habile ne peut guère se trouver dans cette fâcheuse alternative. Des manœuvres bien entendues, soit avec la main, soit avec le forceps ou le levier, parviennent presque toujours à débarrasser la femme par les voies naturelles, sans nuire à l'enfant.

La version par les pieds, que l'enfant soit exactement double ou simplement bicéphale, vivant ou mort, n'importe à quelle époque de son terme, suffira neuf fois sur dix, au moins, s'il n'y a pas d'autres causes de dystocie. On doit donc la tenter dans tous les cas. Dans un cas de bicéphalie, Peu (1) repoussa la tête qui descendait la première, fut chercher les pieds, et dégagea les deux têtes ensuite sans trop de peine. Toutefois, si déjà l'une des têtes était assez fortement engagée pour qu'il ne fût pas possible de la repousser, on pourrait, à l'instar de Plenk, tenter l'application du forceps Si le forceps lui-même était insuffisant, on aurait pour dernière ressource l'enlèvement des parties descendues dans l'excavation, c'est-à-dire de la tête seule ou de la tête et des bras ; après quoi on irait à la recherche des pieds, pour terminer par la version, ainsi que l'a pratiqué M. Retel (2) avec succès en 1818, dans un cas pareil. On aurait d'autant moins à craindre alors que le fœtus meurt, en général, bien long-temps avant qu'on n'en soit réduit à cette extrémité. La difficulté de séparer deux enfans unis

---

(1) *Pratique des accouchemens*, etc., p. 470.

(2) *Bulletins de la Faculté*, tome VI, p. 32

dans une certaine étendue, quand ils sont hors de la matrice, et les dangers auxquels on les expose, font assez sentir combien il serait imprudent de suivre le conseil de Smellie, et de tenter une semblable opération dans l'intérieur même de l'utérus.

II. Jumeaux isolés.

Si les jumeaux sont libres chacun dans leur poche, comme on l'observe presque toujours, ils naissent séparément sans entraver en rien la marche du travail. Seulement on les voit quelquefois venir à une distance assez considérable l'un de l'autre. Le second ne sortit que deux jours après le premier dans l'exemple de Dillenius (1), de même que dans celui de Fébrius (2). Ils naquirent à dix jours d'intervalle dans le cas cité par Courtivron (3), à huit dans celui de Guérin d'Illiers (4), à trois dans celui de M. Ch. Gérard (5), et à 9 heures de distance simplement dans celui de Burton (6). Souvent alors le premier est expulsé presque sans douleurs, comme chez l'une des femmes observées par Millot (7). Le second, étant en outre fréquemment en travers ou dans une position vicieuse ainsi que Girard (8) de Lyon l'a très-bien remarqué, fait que le travail peut aisément se suspendre après la naissance du premier. Aller à la recherche de celui qui reste, sans attendre la rétraction de l'utérus, comme le prescrivent Mauriceau, De La Motte, Deleurye (9), Burton (10), Smellie, serait,

---

(1) Guillemot, *Archiv. gén.* 2e sér. tome I, p. 60.

(2) *Cent.* 9, 10, p. 274, ou Guillemot, etc.

(3) *Acad. des Sc.* 1751. hist. p. 107.

(4) *Ibid.* 1727, hist. p. 20, tome XXXIX.

(5) *Transact. méd.* tome VIII, p. 294.

(6) *Nouv. syst. des accouch.*, etc., p. 80.

(7) *Suppl. à tous les trait. d'accouch.*, etc., tome I, p. 358.

(8) *Journal gén.* tome XLVIII, p. 164, 166.

(9) *Traité des accouch.*, etc., p. 254.

(10) *Oper. citat.*, p. 213.

je crois, une mauvaise pratique, à moins que quelque accident ne l'exige. Quand tout se passe régulièrement, il vaut mieux solliciter les contractions de la matrice par tous les moyens connus, la comprimer même, comme le veut Millot (1), et s'en rapporter au temps. Si la femme est moins promptement débarrassée de cette façon, elle éprouve aussi moins de souffrance, et court, ainsi que l'enfant à naître, sensiblement moins de risques.

Quand, dans une grossesse multiple, deux fœtus se présentent simultanément aux détroits, l'intervention de l'art est presque toujours nécessaire et quelquefois indispensable. Si on s'aperçoit que les deux têtes tendent à s'engager en même temps, ce qui est excessivement rare, il convient de repousser la plus mobile avec les doigts afin que l'autre puisse prendre le devant. On en fait autant pour les pieds, les genoux ou le siége. Si les enfans se présentent à cheval l'un sur l'autre, comme dans le cas de Deventer (2), en travers ou de toute autre manière que par la tête ou le pelvis, c'est à la version qu'on doit avoir recours; mais il peut se faire que l'un d'eux vienne par la tête, tandis que l'autre descend par les pieds et qu'en arrivant au détroit supérieur le menton de ce dernier accroche celui de l'autre, que les deux têtes finissent par rester immobiles, s'entre-opposer une résistance insurmontable, et constituer un des cas les plus embarrassans de la pratique. Alors on ne peut effectivement songer ni à la version ni à l'application du forceps. L'opération césarienne elle-même, recommandée par quelques auteurs, ne permettrait pas toujours de dégager les fœtus; en sorte que la détroncation de celui qui est au-dehors forme à peu près la seule ressource que l'on possède pour sauver la mère et l'un des enfans. On a cependant des exemples de réussite par une pratique opposée, et même par les seules ressources de l'organisme. Dans un cas cité par

---

(1) *Oper. citat.*, tome I, p. 358.

(2) *Observ. sur les accouch.* etc., p. 262.

M. Merriman (1) et publié par Clough (2), la matrice finit par chasser successivement les deux têtes. M. Burns (3) indique deux cas pareils observés par M. Allan (4) et par M. Fryer (5). M. Dugès (6) en relate un autre, et un chirurgien de Dijon Éneaux (7), dit avoir employé une fois le forceps avec succès en l'appliquant sur la première tête descendue. (Voy. en outre les articles *Grossesse multiple.—Fœtus.—Version.—Délivrance*).

E. — Présentations vicieuses.

On a vu, dans un autre article, que la présence de l'une des extrémités du diamètre céphalo-coccygien du fœtus au détroit supérieur est une des premières conditions de l'eutocie. Tous les cas dans lesquels un autre point que la tête ou le pelvis se présente, doivent donc être rangés parmi les cas difficiles J'ajouterai qu'il convient d'y joindre les positions déviées de la tête et du siége.

I. Positions déviées de la tête.

Je comprends sous ce titre les positions des côtés de la tête, des oreilles ou des tempes, admises par Mauriceau, Deventer, de La Motte, Baudelocque, et celles de l'occiput, en tant qu'elles existent réellement, comme l'avait entendu ce dernier auteur. Quant aux positions du front et de la face, comme elles n'empêchent pas, en général, l'accouchement de se terminer sans secours, je n'ai rien à en dire ici.

---

(1) *Synops. of difficult parturit.*, etc., p. 102.
(2) *Med. and phys. Journal*, vol. XXV, p. 29.
(3) *Principl. of midwif.* etc., p. 403.
(4) *Med. and chir. trans.* vol. XII, p. 336.
(5) Dublin *med. trans.* vol. I, p. 143.
(6) *Revue méd.* 1826, tome I, p. 350.
(7) Pissis, *thèse*, n° 65, Paris, 1825.

Les positions *de l'occiput* ou de la partie supérieure de la nuque sont rares et n'ont guère lieu que dans les cas de vices du bassin, ou d'inclinaison antérieure très-prononcée de la matrice. Alors le vertex peut être tourné vers l'un des points de la circonférence pelvienne, au lieu de correspondre au centre du détroit. S'il ne suffisait pas de renverser l'utérus en arrière, d'obliger la femme à rester sur le dos, ou si les efforts seuls de l'organisme n'étaient pas assez puissans alors pour rétablir la position naturelle, il faudrait, avec les doigts, le levier, ou l'une des cuillers du forceps, aller accrocher la partie supérieure du crâne et l'abaisser vers la partie centrale de l'excavation, après quoi l'accouchement rentrerait dans l'ordre normal.

Les positions *latérales* de la tête n'étant autres que des positions légèrement modifiées du sommet, sont en même nombre que ces dernières. On les reconnaît à la présence de l'oreille, de l'angle de la mâchoire ou de la bosse pariétale. On les distingue les unes des autres, en considérant le point du détroit vers lequel le bord postérieur et le lobule du pavillon auriculaire se trouvent tournés. Elles sont rares, d'ailleurs, et finissent le plus souvent par se transformer, d'elles-mêmes, en positions correspondantes du vertex ou de l'épaule.

On doit, en conséquence, s'en rapporter aux efforts de la matrice, tant que le col n'est pas encore suffisamment dilaté. Ensuite, si elles persistent, il faut, comme dans les positions de l'occiput, essayer de ramener le vertex au centre, à l'aide des doigts, du levier, ou d'une branche de forceps, ou faire la version quand c'est l'épaule qui s'est trop avancée.

II. Positions déviées du siége.

Comme le sommet de la tête, le pelvis peut s'incliner plus ou moins, soit dans un sens, soit dans l'autre, et donner naissance à ce que les auteurs ont décrit sous le titre de position des hanches, du sacrum, du devant des cuisses et des

parties génitales. Produites, tantôt par l'inclinaison de l'enfant qui n'est plus en rapport avec l'axe vertical de la matrice, tantôt, ce qui est plus ordinaire, par les obliquités utérines, les positions déviées du siége ne sont pas toujours un obstacle insurmontable à l'accouchement spontané. Souvent la nature parvient seule à les transformer en position directe; de façon que si le travail marche d'ailleurs régulièrement, les secours de l'art sont assez rarement indispensables.

Toutefois, il ne faudrait pas, dans la crainte d'agir sans nécessité, rester inactif en présence d'accidens ou de souffrances qu'il serait facile de prévenir ou d'alléger par une manœuvre bien entendue. Tant que la poche des eaux n'est pas rompue, on doit se contenter de rapprocher, autant que possible, la matrice de sa position naturelle, soit en la repoussant avec les mains dans l'axe du détroit, soit en obligeant la femme à garder telle situation plutôt que telle autre. Mais si, les membranes étant déchirées, le col, quoique mou, ne se dilate qu'avec une extrême lenteur, si les douleurs portent avec beaucoup de force dans les *reins*, si les forces menacent de s'épuiser, si un accident quelconque, enfin, se manifeste, l'accoucheur ne doit pas attendre davantage. Alors on tente d'atteindre la partie déviée avec les doigts ou même avec le levier, si c'est la hanche ou le sacrum, et de la ramener au centre du bassin; ou bien on va de suite à la recherche des pieds ou des genoux.

III. Présentations du tronc.

Il est incontestable que le tronc se présente quelquefois au détroit supérieur autrement que par la tête ou le pelvis. De tout temps les praticiens l'ont admis, et l'observation l'a mille fois prouvé; mais est-il vrai que ces présentations offrent des nuances aussi diverses, aussi multipliées que les auteurs modernes l'ont avancé? D'abord est-il possible que les positions franchement transversales aient lieu, soit avant, soit après l'écoulement du liquide amniotique, quand le fœtus est à terme et bien développé? Pour cela il faudrait que les dia-

mètres horizontaux de la matrice l'emportassent sur le diamètre perpendiculaire. Quand même cette disposition existerait avant le commencement du travail, conçoit-on qu'elle pût se maintenir pendant les contractions de l'organe gestateur? Ces contractions ne forceraient-elles pas nécessairement la tête ou le siége de l'enfant à descendre vers le col utérin? Mauriceau, Deventer, Smellie, Rœderer, ont donné des dessins qui représentent de semblables positions, il est vrai; mais aucun d'eux n'a dit les avoir pris d'après nature, et un simple coup-d'œil suffit pour convaincre qu'ils sont tous d'imagination. Si de nos jours les idées de ces auteurs ont été reproduites avec de nouveaux développemens, n'est-ce pas plutôt pour se conformer à ce qu'avaient dit les anciens, que d'après l'observation directe? Solayrès et Baudelocque pouvaient-ils juger une question que personne n'avait encore agitée, quand, surtout, ils avaient tant besoin de la maintenir comme elle avait été posée pour rehausser l'importance d'une classification qui fit en grande partie leur réputation et leur gloire? S'il fallait combattre l'opinion et les raisons des accoucheurs qui ont admis les positions transversales, par des autorités non moins respectables, je rappellerais, sans parler de l'expérience qui m'est propre, que sur plus de quarante mille faits observés par madame Lachapelle, que sur vingt mille cas mentionnés par M. Merriman (1), on n'a pas vu une seule de ces présentations. M. Dewees (2), M. Nægèle qui a fait plus de 600 fois la version, M. de Deutsh (3), directeur de la maternité de Dorpat, M. Blundell (4), M. Riecke (5) avec ses 220,000 accouchemens, n'en mentionnent pas non plus.

Ensuite, est-il démontré que l'enfant puisse présenter également ses trois plans principaux à l'entrée du bassin, qu'on

(1) *Synops. of diffic. parturit.*, etc., p. 95.

(2) *Syst. of midwif.* 1825.

(3) *Bulletin de Férussac*, tome XVI, p. 119.

(4) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 284.

(5) *Arch. gén. de méd.*, t. XXII, p. 385.

n'ait pas pris des positions inclinées du côté pour des positions du plan dorsal ou du plan abdominal? On trouve dans les livres une foule d'observations qui porteraient, si on les prenait à la lettre à répondre affirmativement à ces questions; mais en les analysant avec quelque soin, on ne tarde pas à voir qu'elles sont accompagnées de détails trop mal circonstanciés pour servir de preuve irrécusable à ce que leurs auteurs ont affirmé. D'après madame Lachapelle, les positions des régions antérieure et postérieure n'ont jamais lieu, et celles du côté sont les seules que l'on conçoive, si ce n'est chez quelques avortons. Cet auteur soutient que les positions de la face dorsale ne manqueraient pas de se transformer, sous l'influence des contractions utérines, en positions de l'épaule, si elles ne finissaient pas par se réduire à quelques positions de la tête ou du *pelvis;* que celles de la face abdominale exigeraient un renversement de l'occiput, des membres pelviens et du rachis, incompatible avec la vie du fœtus. Pour moi, je pense que *le dos* et le plan *antérieur* de l'enfant peuvent se présenter au détroit supérieur; que ces positions ont été observées, mais qu'elles sont rares, et qu'elles diffèrent assez peu des positions du côté pour n'obliger qu'à de très légères modifications dans la manœuvre propre à ces dernières. M. P. Dubois (1) qui avait adopté ma manière de classer les positions de la tête, et qui l'a rejetée depuis (2) pour se ranger à l'avis de Ould, Titsing, M. Nægèle, adopte aussi (3) les idées précédentes sur les positions du tronc. Seulement, au lieu de s'en tenir aux présentations de l'épaule, il veut, mais à tort selon moi, que ce soit le côté de la poitrine qui occupe le plus souvent le centre du détroit. Je m'étonne d'un si prompt changement. M. Dubois disait (4) en 1832 : au reste tous les rapports possibles de la tête avec le détroit supérieur « peuvent être rattachés, comme *nous le faisons*

---

(1) *Dict. de méd.* 2ᵉ édit. art. *Accouch.* tome I, p. 352, 353.

(2) *Journal des connais. méd. chir.* février 1834, p. 161.

(3) *Ibid.* p. 166.

(4) *Dict. de méd.* tome I, p. 352.

depuis dix ans à deux positions, une position occipito-antérieure et une position occipito-postérieure. » Ailleurs (1) il écrit au contraire que le bassin doit être divisé en deux moitiés latérales, qu'il n'y a que deux positions de la tête, une position occipito-latérale gauche, une position occipito- latérale droite.

Baudelocque admet, en outre, que, dans la surface postérieure, il faut distinguer l'occiput, la nuque, le dos, les lombes et la face postérieure du bassin; que les plans antérieurs et latéraux exigent les mêmes subdivisions. Mais, en accordant que le fœtus puisse effectivement se présenter par ces différens points, il n'en serait pas moins inutile d'adopter d'aussi nombreuses positions; car elles ne sont d'aucune application dans la pratique, surchargent sans but la mémoire et ne servent qu'à décourager les élèves.

Le simple bon sens, les observations de Denman et de madame Lachapelle prouvent que la nuque est incapable de se maintenir au détroit supérieur, qu'elle serait bientôt remplacée par la tête ou l'épaule, et que les positions de la hanche et des lombes ne manqueraient pas de se transformer en position directe ou inclinée du siége. On voit que Mauriceau (2), qui parle des positions du dos et du ventre, qui en donne des figures, n'en possède pas d'observations concluantes. Ce que Rhodion (3) en dit, prouve qu'il ne les avait point rencontrées. Portal (4) ne dit avoir vu le ventre se présenter que parce qu'il avait senti l'ombilic. Les deux observations de position de la nuque ou du dos, que mentionne De La Motte (5), se réduisent presque à de simples assertions. Il arrive si facilement aux pieds dans la position du ventre qu'il annonce (6)

(1) *Journal méd. chir.* tome I, p. 167.
(2) *Maladies des femmes grosses*, etc., p. 280.
(3) *Des divers accouch.* etc., trad. de Bienassis, feuillet 27.
(4) *Pratiq. des accouch.* etc. p. 41.
(5) *Traité compl.* etc., p. 453, 493, obs. 173.
(6) *Ibid.* p. 494, obs. 174.

qu'on peut douter du fait. Smellie (1) qui en donne des figures soignées ne dit pas les avoir vues. Viardel (2) est encore bien plus obscur, et le placenta qui était sur l'orifice peut lui en avoir imposé. Deventer (3) qui admet et figure les positions du dos et du ventre, n'en cite que deux exemples. Dans l'un, la main se présentait en même temps, et dans l'autre, l'épaule se trouvait fort près de l'orifice, dit-il; en sorte qu'il s'agissait bien plus de l'épaule ici que du dos. Il est évident ensuite qu'on a souvent cru trouver une position de l'abdomen, quand il n'y avait en réalité qu'une position inclinée des fesses, des pieds ou des genoux, compliquée de celle des bras ou de la sortie prématurée du cordon.

Madame Lachapelle prétend que les contractions utérines ne permettraient pas au devant du cou de rester à l'orifice, et qu'elles y pousseraient bien plus facilement la face. Je n'ai point de faits à invoquer contre l'opinion de cet auteur, si ce n'est une observation de De La Motte (4), et je sais qu'à cet égard le toucher a pu tromper nombre de praticiens. Cependant je conçois que, l'occiput étant fortement renversé en arrière, le menton puisse arc-bouter contre l'un des points du cercle pelvien, et forcer la partie antérieure de la poitrine et du cou à se fixer sur l'orifice, pendant que le siége, tout en conservant ses rapports naturels avec les membres abdominaux, reste vers le fond de l'utérus. Morlanne (5) en rapporte un exemple remarquable. Le cordon entourait le cou; on fit la version, l'enfant put être ranimé. J'admettrai donc, au moins comme possibles, et pour ne pas mériter le reproche de n'avoir abandonné un extrême qu'afin de me jeter dans l'autre, les positions du dos et de la face antérieure du thorax.

---

(1) *Traité de la théorie et de la pratiq.* etc., tome IV, o. 62, tab. 33.

(2) *Observat. sur les accouch.* etc., p. 88.

(3) *Observat. sur le manuel des accouch* etc, p. 249, 388, 390.

(4) Oper. citat., p. 265, obs. 662.

(5) *Journal d'accouch.* tome I, p. 98.

Quant aux présentations *du côté*, elles se voient trop fréquemment pour que leur existence ait jamais fait le sujet d'un doute; mais la classification de Baudelocque reclame ici la même réforme que pour les surfaces antérieure et postérieure. Les côtés du cou forment une échancrure trop profondè entre les épaules et la tête pour ne pas céder le passage à l'une de ces deux parties. Le côté de la poitrine, moins arrondi et surtout moins glissant que le moignon de l'épaule, ne pourra point empêcher celle-ci de s'engager dans le col. Enfin, les flancs amèneraient promptement une position de la hanche ou du siége.

Les inclinaisons de la matrice ou des détroits du bassin, les mouvemens brusques et désordonnés du fœtus, certaines attitudes long-temps prolongées de la femme, telles sont les causes principales auxquelles on peut, dans l'état actuel de nos connaissances, attribuer les mauvaises positions du fœtus.

Hippocrate, a dit l'un des premiers, que l'enfant, dans la matrice, est en quelque sorte semblable à une olive, à un bouchon renfermé dans une bouteille à long col; que, pour sortir des organes génitaux, il faut qu'il vienne par l'une des extrémités de son grand diamètre; que toute autre présentation est dangereuse, rend l'accouchement impossible, et réclame impérieusement les secours de l'art.

Cette doctrine, reproduite par les auteurs qui ont écrit après le père de la médecine, et contre laquelle personne ne s'est élevé, même de nos jours, n'est pourtant pas à l'abri de toute objection. La comparaison établie par Hippocrate n'est exacte qu'autant que le fœtus reste en position normale. Dans les autres cas, l'enfant ne représente plus ni un ovoïde, ni un cône placé transversalement ou obliquement. Pendant que la tête se renverse de côté, en arrière ou en avant, que l'épaule, la poitrine ou le dos tendent à s'engager, le reste du tronc n'en occupe pas moins le plus souvent le fond, et ne s'en trouve pas moins en rapport avec l'axe vertical de l'utérus, dès que les contractions se font avee quelqne énergie. Je crois

donc avec Burton (1), que les positions franchement transversales sont à peu près impossibles, et que la tête, l'épaule ou les fesses tendent toujours à se porter vers le fond de la matrice.

Nul doute que la main de l'accoucheur ne soit souvent nécessaire et même indispensable lorsque ce n'est ni la tête, ni le pelvis, qui se présente; mais il est certain aussi que, dans beaucoup de cas, l'organisme seul triompherait de cette difficulté si on abandonnait l'accouchement à lui-même. On a raisonné, en pratique, comme si les positions du tronc, une fois déterminées, ne devaient jamais changer. Or, l'observation prouve chaque jour que, pendant le travail, différens points du fœtus, quoique fort éloignés les uns des autres, peuvent s'offrir alternativement à l'orifice; que les positions du dos ou de l'épaule peuvent se transformer en positions de la tête ou du siége; que les positions en apparence les plus désavantageuses, seraient quelquefois remplacées par des positions normales, si tous les accoucheurs étaient *assez instruits pour savoir attendre.*

F. Evolution spontanée.

Les mouvemens passifs qu'exécute le fœtus dans la cavité utérine, que Denman (2) a mentionnés sous le titre d'*évolution spontanée*, et que M. Murat (3) appelle *version spontanée*, ont aussi été notés d'une manière spéciale par madame Lachapelle. Les anciens ne les avaient pas tout-à-fait méconnus non plus, puisqu'ils conseillent, pour ramener la tête au détroit supérieur, d'imprimer certaines secousses on de donner certaines positions à la femme. La plupart des auteurs modernes les ont également remarqués, puisqu'à l'instar de Deventer (4) ils ont

---

(1) *Nouv. syst. des accouch.* etc., p. 307.

(2) *Introduct. à la pratiq. des accouch.* etc , tome II.

(3) *Dict. des Sc. méd.*, art. Version.

(4) *Observ. sur les accouch.* etc., p. 243.

reconnus que la position de l'enfant encore renfermé dans l'amnios est parfois tellement variable, que, pour la fixer, il devient nécessaire de rompre les membranes en ayant soin de choisir le moment où c'est la tête qui correspond au centre du bassin ; mais il en est de ce point comme de tous les phénomènes qui n'ont pas encore été l'objet d'une attention soutenue, on a peu songé aux conséquences pratiques qui pouvaient en résulter.

La valeur et le mécanisme des évolutions spontanées sont encore assez mal connus d'ailleurs pour m'obliger à en traiter ici avec quelque détail. Il faut en admettre, je crois, de deux espèces ou de deux genres. L'une comprend tous les cas où le fœtus change réellement de position et mérite plutôt le nom de version spontanée que celui d'évolution. L'autre se rapporte aux exemples dans lesquels une partie, d'abord assez éloignée, vient s'engager au détroit sans déplacer celle qui s'y trouvait d'avance.

A. Version spontanée.

Dans la première espèce d'évolution, la seule à peu près dont on se soit fait une idée nette en France, le fœtus se déplace en totalité. Tantôt c'est la tête qui remonte pendant que les fesses descendent, tantôt au contraire ce sont les fesses qui abandonnent le voisinage du détroit pour que la tête s'y engage.

On pourrait en conséquence en établir deux variétés, une pour la tête, l'autre pour le pelvis, et décrire séparément la version *céphalique* spontanée, puis la version *pelvienne*, si on l'avait mieux étudiée dans ses détails. Ficker (1) va jusqu'à citer une présentation des pieds qui s'est transformée ainsi en position de la tête.

C'est à cette espèce que Denman et madame Lachapelle ont rapporté, mais à tort évidemment, les faits qu'ils ont observés. On ne la rencontre guère que dans le premier temps du travail, ou que peu de temps après la rupture des membranes.

---

(1) *Journal gén.* tome I, p. 138.

Bien qu'elle ait plus souvent lieu quand l'eau de l'amnios surabonde, quand le fœtus est d'un volume peu considérable, quand la matrice est fortement inclinée, ou quand le bassin est mal conformé, (car, dit Denman, le fœtus change souvent de place chez les femmes mal conformées), elle s'observe néanmoins quelquefois dans des conditions entièrement opposées. Quoiqu'elle soit plus facile et plus fréquente avant, on la voit cependant aussi après la déchirure de la poche. Une jeune femme, enceinte pour la seconde fois, entre à l'hôpital de l'Ecole de Médecine, au mois d'août 1825, à dix heures du matin. Le col était encore peu dilaté. Toutefois je pus reconnaître l'épaule gauche en seconde position. Les eaux ne s'écoulèrent qu'à trois heures de l'après-midi. Quatre élèves, déjà instruits, exercèrent le toucher et reconnurent, comme moi, la présence de l'épaule. Je ne voulus point aller à la recherche des pieds. Les douleurs n'étaient ni très-fortes, ni très-fréquentes, et je n'étais pas sans quelque confiance dans les assertions de Denman. A huit heures l'épaule est sensiblement déjetée vers la fosse iliaque gauche, et je puis facilement sentir l'oreille à droite. A onze heures, la tempe est presque au centre de l'orifice. L'énergie des contractions est augmentée, et le col complètement effacé. A minuit, le vertex s'abaisse, la tête s'engage, et, dans l'espace d'une heure, l'enfant est expulsé en position occipito-cotyloïdienne droite. Il est donc inexact de dire avec Mauriceau (1), que dans la position du côté de la tête, l'enfant se *casserait plutôt* le cou que de descendre.

Dans ce cas l'explication de la version spontanée paraît facile à donner. La tête du fœtus, qui en est la partie la plus solide, la plus volumineuse, la plus régulièrement arrondie, et, par cela même, la plus glissante, tend naturellement à se porter vers l'une des deux extrémités du grand diamètre de l'utérus, vers le vide du bassin. Si, sous l'influence d'une cause quelconque, elle a pris une autre position, il est tout

(1) *Malad. des femmes grosses*, etc., p. 261.

simple que, pressée par l'organe qui la renferme, elle reprenne peu à peu et sans trop de difficulté la place qu'elle occupe dans l'état naturel. Quand la matrice se contracte, si l'ovoïde fœtal est bien situé, il se trouve partout également comprimé; mais s'il est, au contraire, dans une position déviée, ses extrémités supportent presque seules tout l'effort des contractions, et sans l'épaule qui, de son côté, est assez saillante pour s'arrêter au détroit, la tête ou le pelvis y seraient presque toujours amenés.

Pour éviter cette conséquence il faudrait, ce qui est à peu près impossible, que le milieu du corps de l'enfant correspondît exactement au centre du bassin, afin que ses deux extrémités n'eussent pas plus de disposition l'une que l'autre à glisser vers le fond ou l'orifice de l'utérus; encore la différence de forme qui existe entre le siége et la tête rendrait-elle cette sorte d'équilibre excessivement difficile. C'est à l'aide du mécanisme qui préside à cette évolution, qu'on se rend compte de la rareté des positions antérieures et postérieures du tronc, et de la fréquence de celles des épaules. Si la tête et le pelvis sont trop éloignés du détroit pour pouvoir y être repoussés, quand un point des surfaces dorsale ou abdominale vient à se présenter, les contractions utérines ne manquent pas d'agir avec une certaine force sur les deux extrémités du diamètre bis-acromial, qui s'incline alors et force bientôt l'une des épaules à s'engager dans la partie vide du détroit comme pour former le point de départ de l'évolution spontanée proprement dite.

B. Evolution spontanée.

Dans l'évolution proprement dite on trouve aussi deux variétés bien distinctes, l'une pour la tête, l'autre pour le pelvis.

1. Evolution céphalique.

Dans la première espèce, la tête, d'abord assez éloignée du cercle pelvien, finit par descendre, sans que la partie primi-

tivement engagée remonte ou se déplace sensiblement. Les exemples qui en ont été publiés, sont assez authentiques pour m'autoriser à l'admettre comme espèce distincte. Après avoir vu l'épaule, ou le haut du sternum remplir l'excavation et arriver jusqu'à la vulve, des praticiens ont pu se convaincre que des tractions exercées sur le fœtus, ou de violens efforts de la femme étaient capables de faire avancer la tête, et qu'alors, cette partie franchit peu à peu le bassin, en descendant du cou vers le vertex, sans que la poitrine quitte l'excavation. Fichet de Fléchy (1) rapporte deux observations qui mettent ce fait hors de doute. Toutes deux appartiennent aux positions de l'épaule. Dans l'une, on voit la tête descendre et sortir la face en avant, pendant qu'une sage-femme tire sur le bras. Dans l'autre (2), c'est également une sage-femme, qui, ne sachant pas faire la version, amène la tête, et déchire le périnée, en exerçant de violens efforts sur le bras. Fichet dit qu'il lui est arrivé à lui-même de réussir en agissant ainsi. F. de Hilden (3) parle aussi de trois cas de position de l'épaule qui se transformèrent en position de la tête, et dit que sa femme (4) était dans l'habitude, en pareil cas, de faire descendre la tête ou les pieds. M. Pezerat (5), voulant repousser l'épaule, et ne pouvant aller plus loin, retira sa main, et vit aussitôt la tête descendre sous l'influence d'une violente contraction utérine. Les deux versions céphaliques opérées à l'occasion d'une présentation du dos et d'une présentation de l'épaule après la sortie des eaux, dont parle M. de Roche (6), pourraient bien aussi se rapporter à ce genre. M. Raynaud (7)

(1) *Observ. méd. chir.*, etc., p. 389.
(2) *Oper. citat.*, p. 400.
(3) Bonet, *Trad. franç.*, etc., p. 480.
(4) *Ibid.* p. 486.
(5) *Journal compl.* tome XXIX, p. 308.
(6) *Thèse*, Strasb. 16 août 1823.
(7) *Thèse*, Montp. 8 août 1815.

relate deux autres faits pareils. Dans l'un on voulut repousser le bras, et la tête descendit ; dans l'autre on essaya d'agir sur le sternum, et la tête, qui était en avant, s'engagea également dans le détroit. M. Eckardt (1) parle encore d'un accouchement de jumeaux dans lequel le deuxième enfant, trop avancé dans le bassin pour permettre d'aller aux pieds, vint par la tête pendant qu'on tirait sur le bras. Bien que le fœtus observé par M. Pezerat fût très gros, ce n'est cependant guère que dans les cas d'enfant peu volumineux ou de bassin très-large qu'on peut s'attendre à une semblable terminaison.

II. Evolution pelvienne.

A. Historique. La deuxième espèce d'évolution spontanée, la plus fréquente et la plus remarquable de toutes, est celle où l'épaule, fixée dans l'excavation ou même à la vulve, n'empêche pas le fœtus de sortir par le pelvis. C'est d'elle surtout qu'on s'est occupé dans ces derniers temps, en la confondant avec la version spontanée. Il s'en faut bien que Denman l'ait observée le premier, comme on le croit généralement en France. J'ai vu, comme M. Burns (2), que Schæneider (3) l'avait déjà mentionnée.

M. Mazzoni (4) en reclame de son côté la première connaissance en faveur de L. Mori, de Brucalassi, de Caluri et surtout de Nannoni qui l'a décrite en 1785 dans son traité d'accouchement (5). On en trouve d'ailleurs des exemples d'une date beaucoup plus ancienne. Une observation de Peu (6), que les accoucheurs modernes ne paraissent pas avoir comprise quand ils cherchent à ridiculiser les manœuvres es-

---

(1) *Thèse,* Strasb. 23 pluv. an 11.

(2) *Principl of midwif.*, etc., p. 389.

(3) *Act.* hafn., tome II, art. 23.

(4) *Statistica ostetr.*, etc., p. 63.

(5) *Trattato ostetr.*, etc., p. 683.

(6) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 462.

sayées par cet auteur, s'y rapporte évidemment. Les deux bras accompagnés des épaules, arrivèrent à la vulve. Des tractions violentes y amenèrent aussi le devant du cou. Un lacs passé sur le dos finit par faire descendre les fesses, et la femme guérit. Les tractions étrangères tinrent lieu ici des efforts de la matrice, et l'enfant sortit exactement comme dans l'évolution spontanée. De La Motte (1) rapporte un fait qui s'y rapporte également. Les deux bras, la poitrine s'avançèrent vers la vulve. Ce praticien exerça des efforts inouis pour amener les pieds. Les membres furent fracturés, et les fesses finirent par descendre après toutes les tentatives de De La Motte. Fichet de Flechy (2), tirant sans succès sur les aisselles, repoussa la poitrine et vit les fesses descendre. Sa manœuvre habituelle, au surplus, l'avait assez familiarisé avec la descente du pelvis en pareil cas pour qu'il eût adopté comme règle, quand l'enfant se présente en travers, *de tirer avec les doigts sur les hanches lorsqu'on peut les atteindre, ou sur les aisselles, ou même sur les bras et de favoriser ainsi la descente de la tête ou des fesses* (3).

Denman (4) qui publia ses première observations en 1784, dit, dans la traduction française qui en a été donnée (5), que trente faits de ce genre étaient déjà venus à sa connaissance, y compris sans doute ceux que lui avaient communiqué Cogan, Patrukhair, Hay, Gartshore (6), etc. Il n'oublie pas de faire remarquer ailleurs (7) que deux des fœtus ainsi expulsés, celui de Gartshore (8) et celui de Martineau (9), sont seuls venus vi-

(1) *Traité compl. des accouch.*, p. 489, obs. 676.

(2) *Observ. de méd. chir.*, etc., p. 384.

(3) Oper. citat., p. 395.

(4) *Lond. med. Journal*, vol. V, p. 65.

(5) *Journal de méd. chir.* etc., tome LXIII, p. 509.

(6) *Ibid.* tome LXV, p. 79.

(7) *Ibid.* tome LXIII, p. 509.

(8) *Introd. à la pratiq. des accouch.* tome II, p. 302.

(9) Oper. citat., tome II, p. 309.

vans. On peut même ajouter, quoique les détails n'en soient pas connus, que ces deux cas devaient appartenir à la première espèce d'évolution, à la version spontanée.

Les cas d'évolution spontanée, dont M. Schweighaeuser (1) cite aussi un exemple, se sont tellement multipliés depuis Denman, qu'il n'est plus possible maintenant de les négliger. Outre ceux que M. Burns (2) indique, d'après Outwait (3), Simmons (4), Perfect (5), Gardiner (6), on en doit deux à M. Champion (7), trois à M. Ingleby (8), un à M. Shearly (9), un à M. Brown (10), un à M. Schneider (11), deux à M. Ryan (12), un à M. Cusack (13), un à M. Gregory (14), dix à M. Riecke (15), et trois à Siebold (16), sans compter ceux que je rapellerai ci-dessous ni ceux qui appartiennent à madame Lachapelle.

Ce n'en est pas moins un phénomène assez rare. Les dix exemples de M. Riecke ont été pris sur un total 220 mille accouchemens, observés dans le Wurtemberg, et M. Burns (17), dit n'en connaître que deux à Glascow, sur une population de 202,426 habitans. Des cas semblables ont encore été observés cependant par MM. Meissner, Flamm, etc.

---

(1) *Archiv. des accouch.*, etc., tome II, p. 19.

(2) *Principl. of midwif.* etc., p. 389.

(3) *New Lond. med. Journal*, vol. II, p. 172.

(4) *Med. facts and obs.* vol. I, p. 76.

(5) *Cases in midwif.*, vol. II., p. 367.

(6) *Med. comment.*, vol. V, p. 387.

(7) *Recherches sur les présentat. du bras*, etc., 1828.

(8) *On uterin hemmorh.* etc., p. 126.

(9) *The Lancet*, 1829, vol. II, p. 250.

(10) *Med. record.*, octobre 1825, p. 50, vol. VIII.

(11) *Archiv. gén.*, tome XXIV, p. 286.

(12) *Man. of midwif.* p. 339.

(13) Dublin *hosp. rep.*, vol. V, p. 495.

(14) *Ibid.* p. 577.

(15) *Archiv. gén.* tome XX, p. 76.

(16) Mazzoni, *statistica ostetr.* p. 13.

(17) *Principl. of midwif.* etc., p. 391.

B. Mécanisme. M. Busch (1) explique l'évolution comme Gooch ; tandis que M. Pacoud (2), qui en a vu deux cas, dit que les enfans vinrent morts, et ne paraît pas comprendre le mécanisme de cette mutation autrement que madame Lachappelle. L'idée qu'en a donnée ce dernier auteur et Denman lui même est erronée, en ce qu'elle ne s'applique qu'à l'évolution de la première espèce, ou à des cas exceptionnels de la troisième, et non au plus grand nombre. M. Guillemot qui, le premier parmi nous, est venu en exposer le véritable mécanisme, prouve, avec les propres observations de ces auteurs, que la tête et les bras ne remontent pas dans l'évolution spontanée, comme ils l'ont cru, pendant que les fesses descendent. L'observation attentive de ce qui se passe en pareil cas et des expériences sur le cadavre prouvent que, 1° l'épaule commence par s'abaisser jusqu'à la vulve, afin que le côté du cou et la face supérieure de la clavicule ou de l'acromion viennent prendre un point d'appui sur l'un des côtés du détroit inférieur ; 2° la nuque, ou le devant du cou, avec le haut de la poitrine, peuvent en faire autant quand les deux bras sont sortis soit en avant, soit en arrière ; 3° les contractions de la matrice et des muscles agissant alors sur le pelvis, qui est le plus élevé et seul mobile, sans permettre à la tête de remonter forcent la poitrine à se ployer, à descendre en s'applatissant, à se présenter au détroit inférieur, puis à la vulve ; 4° le fœtus une fois en double, fait que le ventre poussé de la même façon, arrive dans l'excavation, puis à la vulve, pendant que le thorax continue de se dérouler au-dehors ; 5° les fesses, suivant le mouvement, s'engagent à leur tour dans la cavité pelvienne, en appuyant sur l'une des échancrures ischiatiques et en se portant de haut en bas, par une sorte de mouvement de bascule, dans le détroit inférieur et la vulve, après avoir distendu,

---

(1) Lehrbuchder Geburstskunde, etc., p. 450, § 763.

(2) *Compte rendu* de la Maternité de Bourg, 1823, p. 11.

comprimé violemment le bord ou le côté du périnée, opposé à celui qui sert ou a servi de point fixe à l'épaule et au cou.

Pour comprendre ce mécanisme, il suffit de se représenter une tige élastique et flexible, ou un ressort dont on aurait fixé une des extrémités sur l'un des côtés de l'excavation ou des détroits, pendant qu'on agit avec force sur l'autre. Ainsi fixée, rendue immobile par un bout, cette tige ne manquerait pas de se plier sous la puissance que supporte l'autre, et de venir présenter sa portion convexe à la vulve, au point de se dérouler par là toute entière. Le tronc du fœtus et la flexibilité du rachis, simulent parfaitement une semblable tige. La tête et l'épaule en forment l'extrémité fixe, et le pelvis, puis l'une des hanches l'extrémité qui doit supporter la puisssance, pendant que les portions intermédiaires se déroulent et se dégagent par la vulve.

En preuve de cette explication, je puis invoquer 1° ce qui s'est passé sous les yeux de Herder (1) en 1803; rien ne put déplacer l'épaule. On pratiqua l'éventration, et les fesses descendirent ensuite; 2° plusieurs observations de madame Lachapelle (2), où l'évolution, long-temps entravée par des tentatives de version, finit par se faire sans déplacement de l'épaule; 3° les expériences tentées par Monteggia (3), qui, en tirant sur le bras, vit, comme Fichet de Fléchy, les fesses descendre; 4° les observations et les raisons sur lesquelles Douglas (4) d'abord, puis M. Gooch (5), puis M. Guillemot (6) se sont fondés pour réfuter la théorie de Denman. 5° enfin mes propres recherches.

M. Burns (7), qui admet aussi que la tête ne bouge pas, que

---

(1) Guillemot, *Archiv.*, 2e série, tome II, p. 486.

(2) *Ibidem.*

(3) *Ibidem.*

(4) Obs. etc., Dublin, 1811, 2e édit. 1819, ou Merriman, p. 91.

(5) *Transact. méd.*, v. 6.

(6) *Archiv. gén.*, 2e sér., tome II, p. 486.

(7) *Principl. of midwif.*, etc., p. 398.

la poitrine, la hanche, glissent sur l'échancrure sacro-iliaque, distendent le périnée et la vulve, paraissent successivement et sortent en se déployant, établit d'ailleurs que du côté de la nuque à l'extrémité du thorax placé au détroit supérieur, Quand l'épaule est à la vulve, il n'y a que quatre pouces et quelques lignes. De plus, on voit, dans l'observation de M. Bery (1), que, l'épaule étant à la vulve, la tête et le pelvis occupaient le bassin, de manière que les fesses sortirent les premières. M. Wehn (2) a vu un cas plus remarquable encore. La tête, qui s'était d'abord présentée, n'empêcha pas le pelvis de s'engager et de sortir auparavant. Dans l'exemple de MM. Synder (3) et Yates, ces auteurs remarquent que l'épaule gauche était placée derrière la cavité cotyloïde, que la version fut impossible, et que sous de violentes contractions utérines, l'évolution pelvienne se fit sans que l'épaule eut remonté. Il en a été de même dans l'exemple de M. Shearly et dans celui de M. Champion, qui en avait fait la remarque long-temps avant que la théorie de Douglas et de Gooch ne fût connue en France. M. Schreiber (4) dit aussi que dans une position de l'épaule, on vit, après avoir vainement cherché à atteindre les pieds, la poitrine, le ventre, les fesses, puis les membres pelviens descendre l'un après l'autre.

M. Blundell (5), appelé pour une présentation de l'épaule par un chirurgien qui avait long-temps essayé la version, vit l'enfant sortir par les fesses au bout de deux minutes, et dit que dans un autre cas où deux chirurgiens et lui avaient échoué, l'évolution par le siége se fit en moins d'une heure.

M. Pezerat (6), qui rapporte aussi un exemple d'évolution

---

(1) *Lond. med. gaz.*, 13 avril 1833, ou *Archiv.*, 2e sér. tome II, p. 115.

(2) *Bulletin de Férussac*, tome XIII, p. 72.

(3) *Amer. Journal of med.* c., mai 1832, p. 265.

(4) *Bulletin de Férussac*, tome XVI, p. 292.

(5) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 284, 517.

(6) *Journal compl.*, tome XXIX, p. 306.

spontanée, n'étant arrivé près de la femme qu'après la sortie de l'enfant, n'est pas en droit de se ranger à la théorie de Gooch plus qu'à celle de Denman ; mais celui de M. Guillemot est un peu plus concluant, puisque cet observateur avait constaté la présence de l'épaule avant que l'évolution ne fût commencée. M. Ricord (1) a publié une observation d'évolution spontanée d'autant plus importante, que l'auteur la rapporte sans s'être douté de la valeur scientique ou pratique qu'elle pouvait avoir. L'enfant descendit en double, par le dos, jusque dans l'excavation. Toutes les tentatives de version furent inutiles; rien ne put le déplacer. Les contractions, de plus en plus violentes, firent avancer le bassin, et l'on vit les fesses, les cuisses en sortir successivement. Ce fait prouve en outre que les présentations de l'épaule ne sont pas les seules qui permettent l'évolution spontanée. M. Mazzoni (2) dit aussi l'avoir observée dans un cas de présentation du dos, et l'exemple de Peu, comme celui de De La Motte, démontrent qu'il peut en être de même pour le sternum.

Il est vrai, comme Denman en convient lui-même, que cette espèce d'évolution est à peu près constamment accompagnée de la mort du fœtus, que la mollesse cadavérique, la flexibilité qui suit la cessation de la vie dans tous les organes, la favorise considérablement; mais on aurait tort d'en conclure avec M. Blundell (3), que la mort de l'enfant est nécessairement le prélude et non l'effet de ce phénomène. M. Busch (4), qui prétend aussi que l'évolution spontanée à la manière de Gooch, n'a lieu qu'après la rupture des membranes et la mort du fœtus, se trompe également. La bosse sanguine, signalée par M. Ricord, par M. Champion et quelques autres, sur le point qui s'était engagé le premier, démontre sans réplique en effet,

(1) *Clin. des hôp.* tome I, n° 60, p. 53.

(2) *Statistica ostetrica* de Santa Maria Nuova, etc., p. 13.

(3) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 518.

(4) Lehrbuch *der Geburtskunde*, etc., p. 450, § 719.

que les fœtus dont ils parlent ont encore vécu long-temps après la descente de la poitrine dans le détroit.

Voici d'ailleurs le résumé des exemples d'évolution spontanée parvenus à ma connaissance.

1°. Évolution céphalique.

F. de Hilden. 3	—Trois exemples.—Sa femme était dans l'habitude, en pareil cas, de faire descendre la tête ou les pieds.
1761. Fichet. 2.	—Deux exemples;—Sage-femme tire avec force sur le bras. Il lui est arrivé à lui-même de réussir en agissant ainsi.
Schweighæuser. 1.	— (T. 2., p. 19). — Fesses et hanche gauche— Vient par la tête.
Eckardt. 1	—Deuxième jumeau.—La tête vient pendant qu'on tire sur le bras. Trop avaneé dans le basssin pour permettre d'aller aux pieds.
Meyer. 1.	—(Monteggia.—Traduction de Stein).—Tire sur le bras.—Tête vient la première.
Raynaud. 2	—Deux.—On veut repousser le bras; la tête descend.—Dans l'autre c'était le sternum. — On veut le repousser. — Tête descend.
De Roche. 2.	—Deux.—Une présentation du dos.—Une de l'épaule.—On repousse.—La tête descend.—Version céphalique.
Picard. 2.	—Amputatation. — La tête descend pendant un bain. (Champion, lettre sur l'accouchement, etc. , p. 12, 1828.)
Pezerat. 1.	—Un.—Epaule.—Ne peut la repousser. Retire sa main. La tête s'engage aussitôt.
Sage-femme. 1.	—(Journal général, avril 1829.)—Version impossible. — Amputation. — Cro-

	chets. — L'enfant vient seul dans le bain.
Velpeau. 1.	—Un. — Epaule. — puis le cou, puis la tempe. — La tête descend seule.
M. Dop. 1.	—Un.—En travail depuis 24 heures.— Poche rompue depuis 12 heures. — Vaines tentatives de version. —L'enfant était volumineuxet vint mort.— 20 juillet 1827.
	Total 18.

2°. ÉVOLUTION PELVIENNE.

Peu. 1.	— Les deux bras et les épaules. — Tractions. — Le devant du cou. — Lac sur le dos. — Les fesses descendent.
De La Motte. 1.	— Deux bras. — Poitrine. — Efforts violens pour atteindre les pieds. — On fracture les membres. — Les fesses descendent.
Rœderer. 1.	—Sage-femme ne peut repousser le bras.— tire dessus. — Le fœtus vient en double. — Mort.
Fichet. 1.	—Tire vainement sur l'aisselle. — Repousse la poitrine.—Le siége descend.— Sa pratique est de tirer sur les aisselles, les aînes ou le bras.
A. Leroy. 1. 5.	—On a vu les secousses forcer le fœtus à changer de position.—La tête être remplacée par les pieds.
Schæneider. 1.	—(Act. hafn. tome II, art. 23, p. 288, 1779.) — femme qui accouche sans secours quand le bras se présente.
Mori. 3.	—Brucalassi. — Caluri. — Nannoni,— 1. 1. 1. (Mazzoni, p. 13.), l'ont vu plusieurs fois.—Point d'exemples détaillés.

	(Nannoni. trattato d'ostetricia , etc., édition de Santarelli, 4° 1794, p. 183.)
(1773 aphoris.)	
Denman. 30.	—Cogan. 2. —Patrukair de Lisbonne 3. —Hay. 1. de Leyde.—Gartshore. Vivant.—Martineau. Vivant.
Outwait. 4.	— (New. Lond. med. journal, v. II. p. 172.) — Simmons., mars 1791. — Un fait. — Enfant volumineux en 2 heures. (Med. facts and obs. v. I, p. 76.) —Perfect. (v. II, p. 367.) — Gardiner (med. comment., v. V, p. 307.) Dans Burns, p. 389.)
Herder. 1.	—(Weimar. 1803.—Ed. med. and. surg. journal, avril 1834, p. 338.) — On ne peut déplacer l'épaule. — Eventration. —Les fesses descendent. (Med. trans., etc., v. VI, p. 236.)
Boer. 1.	— (A Vienne. — Edimb., med. and surg. journal, v. III, p. 392.)
Kelly. 1.	—(Essay upon the spont. evol., etc., 1816. — Théorie de Denman.)
Briot. 2.	—(Stein, tome I, p. xviij.)—Deux bras. — Pendant qu'on saigne la femme, les fesses descendent. — Un autre. — On ampute. — Accouchement spontané. Un chirurgien allemand le lui a raconté.
Monteggia. 4. Un vivant.	— (Stein, traduction française, p. 20.) Quatre. — Bras. — Pendant qu'on va chercher le chirurgien, l'enfant sort vivant. — Meurt après. — Tire sur les deux bras.—Le siége descend en arrière. Un crochet dans la poitrine, deux exemples. — Expérience sur le cadavre.
Douglas. 1.	—(Le bras ne remonte pas. — Le siége descend, 1811, 1819.)

Champion. 2.	— Deux. — Un à lui. — L'autre à l'un de ses élèves (p. 58.) — Les deux enfants vivans. — Un de sept livres moins un quart — Les fesses, la poitrine et les bras descendent sans que la tête remonte, etc.
Ingleby. 3.	— (P. 126.) — Trois exemples sans détails.
Shearly. 1.	— (Lancet, 1829, v. II, p. 250.)
Brown. 1.	— (Med. record., 8 octobre 1825, p. 50.)
Schneider. 1.	— (Arch., etc., t. XXIV, p. 286.)
Ryan. 2.	— (p. 539.) deux exemples.
Cusack. 1.	— (Dubl. rep., v. V, p. 515.) — Un 7 mois. — Mort.
Grégory. 1.	— (Id. p. 576.) — Un à terme, volume ordinaire. — Un jumeau. — Le deuxième. — Bras. — On veut appliquer le crochet. — Fesses descendent.
Riecke. 10.	— (Arch., t. XX, p. 76.) dix exemples.
Mad. Lachapelle. 20.	— (t. II, p. 191, obs. 1, p. 223. — 2, p. 229. — Une vingtaine d'exemples, avortons pour la plupart.
Asdrubali.	— (t. III, p. 139.) — Aussi. — D'autres dans le bulletin de la Société d'émulation, n° 26, p. 315. — Puis Bibl. méd., t. XVI, p. 410. — Jamais qu'après la rupture des membranes.
Burns. 2.	— (p. 391.) — deux exemples à Glascow, sur 202, 426 habitans.
Siebold. 3.	— (Journal, etc.) — Trois exemples.
R. Gooch. 1	— (Med. trans., etc., 1820, v. VI, p. 250.) — Un, octobre 1819. — Comme Douglas.

Bery. 1.	— Lond. med., gazette, 13 avril 1833. — Arch., sect. 2, t. II, p. 115.—Epaule.—La tête et le pelvis ensemble dans l'excavation. — Fesses descendent.
Wehn. 1.	—(Bullet. de Férussac, t. XIII, p. 72.—La tête d'abord.—Les fesses viennent cependant les premières.
Snyder et Yates 1.	— (Am. journ., mai 1832, p. 263.) — Epaule gauche, cavité cotyloïde gauche.— Version impossible.—Fesses descendent. —Bras ne remonte pas.
Blundell. 2.	—Deux. (Lancet, 1828, v. p. 284, 517.) —Un chirurgien l'appelle.—Longue tentative de version.—Évolution pelvienne en deux minutes.—Dans l'autre, lui et deux confrères avaient échoués. — Évolution en une heure.
Schreiber. 1.	— Épaule.—Vaine tentative de version.— Poitrine.—Ventre.—Fesses.—(Bullet. de Faculté, t. XVI, p. 292.)
Pezerat. 1.	—(Journal compl., t. XXIX, p. 306.) — n'est arrivé qu'après la sortie de l'enfant.
Ricord. 1.	—(Clinique, t. I, p. 53.)—Dos.—Vaines tentatives.—Fesses descendent.
Guillemot. 1.	—(Arch., sect. 2, t. II, p. 486.)—Epaule. —Fesses descendent en son absence.
Mazzoni. 1.	—(p. 13.)—Un.—Par le dos.—Les fesses descendent.
Meissner. 3.	—Flamm.—Henschel.—Chacun un exemple.
Maunsell. 2.	—(Ed. med. and surg. journal, 8 octobre 1833.)—Deux à Wellesly en 1832. —Un de volume ordinaire.—L'autre petit a vécu 34 heures.
Malcolm. 1.	—(April, 1834, p. 338.)—Un exemple à terme.—5 livres 2 onces, 19 pouces de long.

—Circonférence occipito-frontale 12 pouces.

Turnham. 1. — (Lond. med. and surg., journal, February, 1834, p. 23.) — Un exemple à six ou sept mois.

Guillemot. 1. — A Vaugirard. — Venu vivant. — Renseignemens douteux.

Peyrot et Fleury. 1. — (Hôtel-Dieu, 23 avril 1834.) — Épaule. — Bras. — Ergot. — Poitrine. — Tractions sur les hanches. — Bras ne remonte pas. — Ecchymose à l'épaule. — Avant terme.

Velpeau avec M. Deligny. 1. — Jumeaux. — Premier à deux heures. — Deuxième, le bras gauche. — Poitrine. — Tête contre la cavité cotyloïde droite. — Pied droit à la vulve. — Tentative de version. — Tractions sur le pied. — Poitrine. — Abdomen. — Fesses. — Bras ne remonte pas. (19 avril 1834, onze heures du soir.)

Velpeau avec M. Carère, à Choisy, été de 1833. 1. — A six mois. — Perte. — Épaule. — Fesses descendent.

Tirman. 1. — Bras. — Femme. Abandonnée. — Accouche spontanément. — Se rétablit bien. (Dugès, mad. Lachapelle, t. II, p. 207.)

Baudelocque frère tire sur le bras. 1. — L'enfant vient. — C'était un avorton. (Lachapelle, t. II, p. 208.)

Maygrier. — Sage-femme. — Accouchement, etc. — Tentative multipliée de version pour présentation du bras. — Pendant que Maygrier se repose, l'enfant sort. (Communiqué par M. Bazignan.)

Bocquis. — Ampute le bras. — Arrache l'épaule. — Les viscères. — Femme se lève. — Le dos, les fesses descendent, etc. (Champion, p. 36.)

Eugène Delmas. — (Journal hebdomadaire, 1834, t. II, p. 287.) — Deuxième jumeau. — Bras. — Epaule. — Poitrine. — Abdomen et pelvis. — Enfant vivant, 5 livres 10 onces. —

Diamètre occipito-frontal, 5 pouces 10 lignes. — Bi-pariétal; 3 pouces un quart. — Long de 17 pouces. — Diamètre sacro-pubien, 4 pouces obliques. 4 pouces et demi.

Stephens. 1. — (The Lancet juin 1833.) — Epaule. — Bras. — Version impossible. — Tractions sur le membre. — Sortie du fœtus. — Tête écrasée.

M. Villeneuve 1. m'a communiqué, en 1834, un fait pareil à celui dont je dois les détails à MM. Peyrot et Fleury.

Pacoud. 2. — Deux cas. Enfans morts.

Radford. 2. — Deux exemples communiqués par M. Bryden.

Total 137. — Morts, 125. — Vivans, 8.

C. *Résumé des positions du tronc.*

On peut conclure de ce qui précède, 1° que dans toutes les positions du tronc, qui ne sont pas susceptibles d'être rapportées à celles de l'épaule, du dos ou de la partie antérieure du thorax, doivent rentrer dans les positions inclinées du siége ou de la tête. 2° Que les présentations de l'épaule sont, pour ainsi dire, les seules qui exigent une attention particulière, attendu que la nature y ramène d'elle-même presque toutes les autres. 3° Que l'enfant n'est jamais situé complètement en travers dans la matrice, et qu'il est parfois permis d'espérer de voir les positions les plus défectueuses se réduire à celles qui offrent le plus d'avantages. 4° Qu'il y a des cas, même assez nombreux, où les secours de l'art ne sont rien moins qu'indispensables, bien que le fœtus ne vienne ni par l'une ni par l'autre extrémité de son grand diamètre.

Les *indications* à remplir quand il existe une position vicieuse varient nécessairement, selon une infinité de circonstances. Si les eaux ne sont pas écoulées, il n'y a rien à faire, on doit attendre la dilatation du col. Si l'uterus est oblique, on tâche de lui redonner sa direction naturelle. Si la tête faisait

saillie sur l'échancrure hypogastrique du bassin, on tenterait de la repousser dans le détroit. Lorsque le fœtus est assez mobile pour que la tête, l'épaule ou quelque autre partie se présentent tour à tour à l'orifice, il convient, comme on l'a dit, de déchirer les membranes sans trop attendre, à l'instant où l'on est sûr que c'est la tête qui se trouve au-dessus du détroit.

Mais si le col est suffisamment dilaté, si la poche amniotique est déchirée ou sur le point de l'être, il importe de décider sur-le-champ s'il convient de porter, ou non, la main dans la matrice. On peut s'en dispenser, dit Denman, dans nombre de cas, attendu que souvent la matrice opérera l'*évolution spontanée*, et que si l'enfant se présentait réellement en double, sa sortie ne serait pas pour cela tout-à-fait impossible. Dans tous les cas, les accoucheurs français veulent, au contraire, qu'on agisse immédiatement; car, disent-ils, plus on attend, plus la matrice se resserre, plus il est difficile de pénétrer et d'opérer la version.

Si on imitait Denman, quelques fœtus que nous ramenons par les pieds viendraient d'eux-mêmes, il est vrai; mais il en est un plus grand nombre qui rendraient la mère victime d'une pareille expectation, et que l'on sauve en opérant de bonne heure. Même dans les meilleures conditions, l'enfant meurt en général, long-temps avant son expulsion, à en juger par les observations de Denman lui-même, puisque, sur trente, un seul a survécu. C'est au point que M. Walshman (1) n'a pas craint de soutenir au sein d'une société médicale de Londres, que Denman a fait plus de mal par son article sur l'évolution spontanée que de bien par le reste de ses ouvrages !

Ainsi, bien que l'évolution spontanée puisse encore avoir lieu, que, sans elle, plusieurs femmes puissent à la rigueur se délivrer, il est cependant plus conforme aux lois de la prudence et de l'humanité d'opérer la version ou d'appliquer le forceps. Feront exception à cette règle les cas où l'épaule n'est pas franchement engagée, ceux où le vertex ou le pelvis est assez rapproché de l'orifice pour qu'il soit permis de compter

---

(1) *The Lancet*, 1827, vol. II, p. 88.

sur une transmutation heureuse, ceux enfin où l'introduction de la main est déjà assez difficile pour qu'en temporisant on ne s'expose pas à de nouvelles difficultés, puis et forcément tous ceux où l'abaissement des parties ne permet plus de pénétrer jusqu'à la matrice.

J'ajouterai que dans ce dernier cas il vaut mieux tirer sur les aisselles ou le bras sorti, comme le pratiquait Fichet, ou passer, à l'instar de Peu, un lac autour du tronc replié de l'*enfant* pour aider le mouvemsnt imprimé au pelvis par les efforts de la femme, que de chercher à gagner les pieds.

CHAPITRE III.

Opérations tocologiques.

SECT. 1re DE LA VERSION.

C'est à l'action de retourner le fœtus avec la main, de ramener une des extrémités de son grand diamètre au détroit supérieur, qu'on donne le nom de version en tocologie. Il y a deux espèces de version. Dans l'une c'est la tête, dans l'autre ce sont les pieds qu'on force à descendre les premiers.

Hippocrate dit déjà quelques mots de la version, mais seulement de la version par la tête. Celse (1) veut qu'on entraîne les pieds quand il est trop difficile de saisir la tête, mais il n'ose exécuter cette manœuvre que lorsque l'enfant est mort. Aétius et Paul d'Egine sont les seuls, parmi les anciens, qui aient fait l'application de l'idée de Celse au fœtus vivant. Bien que Rhodion (2), Franco et Paré (3) en aient traité comme d'une méthode usuelle, il faut cependant arriver jusqu'à Guillemeau, pour avoir sur ce point des détails circonstanciés. Avant ce dernier auteur, les médecins qui ne connaissaient pas ou qui n'adoptaient pas la version par les pieds, se trouvaient ré-

(1) Lib. 7, cap. XXIX, ou tome II, p. 363, trad. de Ninin.

(2) *Des divers accouch.* feuillets 25, 27.

(3) Liv. 24, ch. 33, p. 700, ou de la *gén. de l'homme*, etc., 1573.

duits à morceler l'enfant dans le sein de la mère, après l'avoir laissé mourir, ou bien à l'arracher avec des crochets ou quelques autres instrumens, toutes les fois qu'il ne leur était pas possible de le ramener par la tête. Il n'avait d'ailleurs été question jusque-là d'aller aux pieds, que pour remédier aux positions vicieuses, aux positions du tronc. C'est depuis Guillemeau (1) seulement que, dans le cas où la présentation de la tête est accompagnée d'accidens, on a conseillé d'opérer une version complète et de terminer l'accouchement par les pieds. Viardel (2) savait déjà que dans toutes les mauvaises positions on est obligé d'aller chercher les pieds. Ce devait être alors même une méthode admise, car, en parlant d'une présentation du bras, cet auteur voulait, dit-il, (3) aller saisir les pieds, *comme on a coutume de le faire.* Mauriceau (4) établit aussi que « toutes les fois que l'enfant se présente en mauvaise *posture*, il est plus sûr et c'est plutôt fait de le tirer par les pieds. » Fournier, P. Portal, Peu, puis Deventer, Amand, Dionis, De La Motte ayant tenu le même langage, la version par les pieds a été de plus en plus employée, et celle de la tête presque entièrement oubliée. De Saint-Germain (5) se montre cependant encore grand partisan de la version céphalique ; car si l'enfant présente soit les pieds (6), soit la face (7), soit l'épaule, soit les fesses, soit le dos, soit le côté, il veut qu'on fasse revenir la tête, soit en repoussant la partie qui s'engage, soit en attirant celles qui remontent, soit par les secousses qu'on imprime, ou la position renversée qu'on donne à la femme. Voulant faire ressortir les avantages et les inconvéniens de chacune de ces deux opérations, je les indiquerai sé-

---

(1) *OEuvres complètes*, in-folio, p. 314, 320, 328.
(2) *Observ. sur les accouch.* etc., p. 149.
(3) Oper. citat. p. 84, 88.
(4) *Malad. des femmes grosses*, etc., p. 267.
(5) *Eschole des sages femmes*, chap. 7.
(6) Oper. citat., p. 246.
(7) Oper. citat, p. 248, 252.

parément après avoir passé en revue les précautions qu'elles exigent en commun, et sans tenir compte de l'opinion singulière de M. Ritgen, (1) qui veut qu'à la place de la version, dans les positions vicieuses, on retire graduellement les eaux de l'amnios à l'aide d'un instrument de succion ; comme si, en se vidant, la matrice pouvait changer la position de l'enfant !

ART. 1er. — De la version en général.

La nécessité d'agir avec la main pour changer la position du fœtus ou pour aider à son expulsion étant positivement reconnue, on doit en faire part aux parens ou aux amis de la femme, et les prévenir des dangers que court l'enfant.

Quant à la femme elle-même, on doit s'attacher à lui faire sentir les avantages de l'opération et les inconvéniens qu'il y aurait à la retarder ou à ne pas l'exécuter; mais il importe qu'elle ignore les risques que son enfant va courir, et les souffrances auxquelles elle est elle-même exposée. Ces précautions prises, on s'occupe de l'instant à choisir pour manœuvrer, de la situation qui convient le mieux à la femme et à l'accoucheur, puis de la position de l'enfant, et enfin de la main qu'il faut introduire de préférence.

§ 1er. Quand il faut agir.

Tant que la poche des eaux est entière, si le col n'est pas dilaté, on peut attendre. Si l'accouchement n'est difficile que par la position vicieuse de l'enfant, lorsque la femme court des dangers, il suffit que le col soit souple et dilatable pour opérer. Dans tous les cas, une fois les membranes déchirées, il n'y a pas un instant à perdre. Cependant si la matrice était depuis long-temps resserrée, s'il existait une grande irritation, de la chaleur, de la fièvre ou quelque signe d'inflammation, on devrait combattre d'abord ces épiphénomènes par

(1) Busch, oper. citat., p. 463, § 767.

la saignée, les bains, les calmans, la pommade de belladone, etc., selon le cas. En voulant forcer tous les obstacles, à l'instar de Maygrier (1), on s'expose à mille dangers, et surtout à rompre le vagin ou l'utérus, comme il est arrivé à cet accoucheur lui-même chez une dame que j'ai pu examiner avec lui et qui a succombé. Les injections stupéfiantes, avec l'extrait de belladone ou d'opium, la tête de pavot, comme M. Champion (2) dit s'en être bien trouvé et comme M. Gendrin (3) l'a conseillé depuis, seraient un moyen à essayer aussi. Il sera question de nouveau de ces préparatifs à l'occasion des présentations du bras.

Au demeurant, le moment le plus favorable pour pratiquer la version est lorsque la poche, encore entière, est bien formée et que la dilatation du col est complète. C'est donc cet instant qu'il faut choisir toutes les fois qu'on le peut et qu'il n'y a point de contr'indication.

§ II. Position de la femme.

S'il n'était besoin, dans une position déviée de la tête ou du siége, que de ramener le vertex ou les fesses au centre de l'orifice, on pourrait, à la rigueur, laisser la femme sur son lit ordinaire, ou dans la situation qu'elle conserve pendant les douleurs sur le lit de travail; mais, quand il faut aller chercher les pieds ou la tête au-dessus du détroit supérieur, on doit se comporter autrement. Toutefois, le point essentiel, sous ce rapport, est que la vulve et le périnée soient complètement libres, qu'autour du bassin il n'y ait rien qui puisse gêner les mouvemens de l'accoucheur, et que les muscles n'aient pas besoin d'être tendus pour soutenir les autres parties du corps. Ætius, Moschion, Rhodion, Peu, Levret lui-

---

(1) *Rev. méd.* 1833, tome III, p. 158.

(2) *Lettre sur une espèce d'accouch.* etc., 1828.

(3) *Journal gén. de méd.*, etc., 1829.

même (1), plaçaient la femme sur le côté ou sur le ventre, quand ils voulaient ramener les pieds en avant. Il faut, d'après Celse (2), la placer sur le dos, en travers sur un lit, attendre que l'utérus s'entr'ouvre, introduire un doigt, puis un autre, puis toute la main et ramener la tête ou les pieds. Si une main se présente (3) on doit ramener la tête, si c'est un pied, il faut tirer l'enfant par là, puis enfoncer un crochet dans la bouche, l'œil, l'oreille ou sur le front, et entraîner le tout. On ne doit pas tirer (4) quand la matrice ne s'ouvre pas. Quand le fœtus est en travers et qu'on ne peut pas le redresser, il faut fixer un crochet dans l'aisselle et le tirer. Le cou se replie alors, et la tête se porte en arrière. On coupe le cou pour extraire l'un après l'autre. S'il n'y a qu'un seul pied (5) on coupe tout ce qui sort. Quand ce sont les fesses, il faut les repousser et aller aux pieds.

Ainsi on peut, à la rigueur, laisser la femme sur le côté, en se conformant aux préceptes des chirurgiens anglais; sur le bord ou le pied de son lit; sur les genoux d'une personne robuste, comme le faisait quelquefois De La Motte (6); sur une sellette, sans être arrêté par la crainte du froid que redoutait Burton (7); sur les genoux et les coudes, comme M. Blundell (8) dit que cela se fait en Irlande; mais il vaut mieux la placer sur une chaise, un fauteuil, une table, ou une commode convenablement garnis. Au total, son attitude doit être semblable à celle d'un malade auquel on pratique la lithotomie sous-pubienne.

A la Maternité de Paris ainsi qu'à l'hôpital de Strasbourg,

---

(1) Champion, *De la sortie du bras*, etc., 1828.
(2) *De re med.* trad. de Ninin. tome II, p. 365.
(3) *Ibid.* p. 363.
(4) *Ibid.* p. 364.
(5) *Ibid.* lib. 7, chap. 29, p. 365.
(6) *Traité complet des accouch.* etc., p. 672.
(7) *Nouv. syst. des accouch.* etc., p. 166.
(8) *The Lancet*, 1828, p. 371.

et comme Plenck (1) le faisait déjà, le lit de l'enfantement appuie quelquefois contre un mur par l'un de ses bords quand on ne se sert pas d'un lit ordinaire étroit et fort élevé. Aussitôt que la manœuvre devient nécessaire, la femme s'y place en travers. Les oreillers sont reportés sous la tête et la poitrine, du côté de la muraille. Le sacrum appuie sur le bord libre du lit. un aide reste en dehors de chaque membre abdominal et se charge de maintenir, écartées l'une de l'autre, et de fléchir les jambes et les cuisses, pendant qu'un troisième s'apprête à donner tout ce qu'on lui demandera durant l'opération. Si on peut en disposer, d'autres aides fixent le bassin, et s'opposent aux mouvemens désordonnés que les souffrances de la femme ne lui permettent pas toujours de maîtriser.

Dans la pratique particulière, la même conduite pourrait être suivie; mais il me paraît plus commode de descendre les matelas de manière que leur bord replié corresponde au pied du lit de sangle. La femme se trouve alors exactement dans les mêmes conditions que précédemment, et les aides sont évidemment plus à l'aise pour circuler autour d'elle. Je ferai remarquer que beaucoup de femmes sont assez courageuses pour qu'il ne soit pas indispensable de leur soutenir les jambes et la tête, et qu'à la rigueur deux chaises ou deux tabourets, disposés de telle sorte qu'ils puissent servir de point d'appui aux pieds, remplaceraient les personnes chargées de soutenir les membres si on manquait d'aides.

Pour la hauteur du lit, elle n'a rien de fixe. Seulement il est bon d'avoir égard à la stature de l'accoucheur, au degré d'inclinaison des axes des détroits, et peut-être aussi au temps du travail. J'ajouterai cependant qu'en général plus il est élevé, plus il est commode, et que c'est une précaution trop négligée dans la pratique. Le niveau de l'ombilic de l'accoucheur, adopté par Plenck (2), est encore trop bas, s'il s'agit d'une version complète. C'est assez dire qu'un matelas et des

---

(1) *Elem. art. obst.* etc., p. 161.

(2) *Element. Art obstetr.* etc., p. 161.

traversins sur une commode, doivent être préférés toutes les fois que l'opération peut offrir quelque difficulté.

§ III. Position de l'accoucheur.

Si le lit est bas, l'accoucheur peut s'asseoir ou se mettre à genoux. Cependant la position verticale est incontestablement la meilleure, et, toutes les fois qu'il est besoin d'employer quelque force, on doit la préférer. Il y a longtemps qu'à ce sujet on ne fait plus aucune attention au précepte de Levret (1), qui veut que « l'accoucheur soit debout, les jambes écartées sous un angle de quarante-cinq degrés; qu'il place un de ses pieds en avant, l'autre en arrière; qu'il ait l'épine arquée, et qu'il s'appuie sur quelque plan solide avec la main qui n'opère pas. » De La Motte (2), dit avec plus de raison, que dans les accouchemens contre nature, il n'y a point de position fixe, et qu'on doit se placer comme on peut, quoique le plus commodément possible.

Oter *son habit*, relever *ses manches*, mettre un *tablier* (3), a paru trop grotesque à plusieurs modernes, qui ont pensé que les femmes ne manqueraient pas d'être effrayées de tant d'apprêts et qu'il fallait s'en dispenser. Libre à chacun de déclamer ainsi dans le silence du cabinet; mais près du lit de travail il en est autrement. Là, toute affectation est déplacée, dit Smellie (4), et le praticien doit avant tout se mettre à l'aise.

Ce n'est pas seulement, en effet, dans la crainte de le gâter, que l'accoucheur doit ôter son habit, mais bien parce que, sans cela, les mouvemens du bras ne seraient pas assez libres pour permettre de manœuvrer commodément, de pénétrer jusqu'au fond de la matrice. Quant au tablier, on peut s'en

---

(1) *Art des accouch.* Roussel, *Système phys. et moral de la femme*, etc.

(2) *Traité compl. des accouch.* etc., p. 7.

(3) Stein, *l'Art d'accouch.* tome II, p. 47, § 261.

(4) *Théorie et pratiq. des accouch.*, etc., tome I, p. 355.

dispenser sans doute ; mais à qui peut-il nuire, et qu'a-t-il de plus effrayant ici que celui du chirurgien qui fait sa visite ou qui pratique une opération quelconque ?

Du linge pour mettre sous les pieds ou les genoux, des serviettes pour essuyer les mains et le bras de l'accoucheur à mesure qu'ils se salissent, de l'eau tiède, de l'eau de Cologne, du vinaigre, un peu de bon vin, en cas que la femme menace de se trouver mal, sont encore nécessaires avant de commencer l'opération. De plus, il faut songer à l'état du fœtus, reconnaître sa position et déterminer la main qui doit être introduite. L'église romaine veut encore qu'on l'ondoie.

L'*ondoiement*, ou le baptême provisoire, ne s'applique qu'à l'enfant vivant et non monstrueux. Pour baptiser, il faut toucher à nu quelque partie de l'enfant, si ce n'est avec les doigts, du moins avec l'eau de l'ondoiement, qu'il est parfois nécessaire d'injecter plus ou moins profondément. Il est rare toutefois que ce baptême par injection, à l'aide d'une seringue, que Peu (1) ridiculise déjà, soit mis en usage.

L'ondoiement étant une précaution qui tient aux dogmes religieux, ne doit pas être négligé chez les personnes pieuses. Le médecin doit respecter les opinions des familles, qu'elles soient d'accord ou non avec les siennes, et rien ne me paraît plus digne de blâme que ces praticiens brouillons qui, sous prétexte de réformer les consciences, se révoltent ouvertement contre toute espèce d'usages qui n'entrent pas dans leur manière de penser.

§ IV. Déterminer la position du fœtus.

Les positions de la tête, des pieds, des genoux et du siége ayant été caractérisées à l'article *Eutocie*, je n'ai à m'occuper maintenant que de celles du tronc.

On reconnaîtra les présentations *de l'épaule*, soit franche, soit inclinée, si le bras n'est pas sorti en même temps, à la forme arrondie de la tumeur qui est à l'orifice, à la présence

---

(1) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 328.

de la clavicule, des côtes, du scapulum et de l'un des côtés du cou. C'est ici, comme pour l'application du forceps et tous les cas où il importe de connaître d'avance la position exacte de l'enfant, qu'il serait bon de suivre le conseil de la Tourette (1), reproduit par Flamant, de porter la main entière dans le vagin.

Quand *le membre thoracique* s'échappe le premier, il indique non-seulement que l'épaule est au détroit supérieur, mais il apprend encore de quel côté du bassin sont tournés le vertex et la face. C'est le pouce qui correspond au sommet de la tête, tandis que la paume de la main est en rapport avec le plan abdominal. Cependant il importe de savoir qu'au lieu d'être en supination, ou bien en pronation légère, la main et le membre tout entier peuvent être tordus dans un autre sens, et surtout en pronation forcée; de façon qu'avant de porter un jugement définitif il convient de glisser quelques doigts dans le vagin, le long du bord cubital du bras jusqu'à l'aisselle, afin de s'assurer de sa situation relative.

Si *le dos* s'arrêtait au centre du détroit, la rangée des épines vertébrales et les côtes suffiraient pour le faire reconnaître. L'absence des côtes dans la région lombaire, ou les hanches d'un côté et les omoplates ou la portion postérieure du cou de l'autre, serviraient d'ailleurs à faire apprécier dans quel sens la tête est dirigée.

Le sternum, les côtes, et les clavicules, au-dessus desquelles on peut quelquefois sentir le devant du cou, indiqueront les présentations de la *face antérieure du thorax*.

Lorsque le col est largement dilaté, que les membranes sont rompues, que la partie qui descend n'est pas trop élevée dans le bassin, et qu'elle n'a pas encore eu le temps de se tuméfier ou de se déformer sous l'influence des contractions utérines, il est en général assez facile de distinguer les diverses positions du tronc les unes des autres, il est au moins toujours possible de ne pas les confondre avec celles de la

---

(1) *Art des accouch.* tome II, p. 62.

tète ou du pelvis; mais dans les circonstances contraires, l'expérience la plus consommée elle-même s'y trompe quelquefois, et souvent il est impossible d'établir un diagnostic certain avant de pénétrer dans l'utérus.

§ IV. Choix de la main.

Quand la poche des eaux n'est pas déchirée, ou que le fœtus conserve encore une grande mobilité, il est inutile de s'arrêter au choix de la main qui doit manœuvrer. On introduit celle dont on se sert le plus facilement, ou qui ramène habituellement dans les positions les moins désavantageuses. Quand la position n'a pu être reconnue, ou qu'elle est simplement douteuse, que les membranes soient ouvertes ou non, on se comporte encore de la même manière, on bien on porte la main destinée aux positions les plus fréquentes. Si pourtant on éprouvait trop de difficultés après être arrivé dans la matrice, il vaudrait mieux se retirer et reporter l'autre main.

Quand la présentation est bien déterminée, on peut savoir d'avance quelle est la main dont l'emploi sera le plus favorable; ce qui varie, au surplus, suivant l'espèce de manœuvre qu'on veut exécuter ou qu'il est indispensable de tenter.

Pour les positions inclinées de la tête et du siége qui n'exigent pas l'extraction immédiate par les pieds, on doit préférer la main gauche toutes les fois que la partie déviée correspond à l'un des points de la moitié droite du bassin; la main droite, au contraire, dans les inclinaisons opposées, et l'une ou l'autre indifféremment si la déviation a lieu directement en arrière ou en avant. La version céphalique devrait être soumise à la même règle.

Pour les pieds, les genoux ou les fesses, si le plan postérieur du fœtus regarde le côté gauche du détroit, on manœuvre plus facilement de la main gauche. Les positions inverses demandent la main droite, quoique souvent il soit possible de faire tout le contraire.

Quand le vertex se présente le premier, et qu'il faut aller chercher les pieds, la main gauche est la plus convenable

dans les positions occipito-iliaques gauches, c'est-à-dire, les première et cinquième de Baudelocque. La main droite n'est de rigueur que pour les positions diamétralement opposées; mais comme elle termine en première des pieds, qu'on a plus d'habitude de s'en servir, et qu'elle manœuvre aussi facilement que l'autre dans les positions médianes, il convient de la choisir pour toutes les positions droites et antéro-postérieures.

Dans les présentations de l'épaule, on peut établir, en thèse générale, que le côté gauche réclame la main gauche, et que la main droite doit manœuvrer dans les positions de l'épaule droite.

Enfin, on devra se servir de la main droite pour les présentations du sternum ou du dos, toutes les fois que la tête ne sera pas tournée à gauche, et de la main gauche dans les cas opposés.

Ces règles générales me paraissent simples, applicables à tous les cas et faciles à saisir. Baudelocque, madame Lachapelle, Desormeaux, et tout récemment encore M. Mayor de Lausanne, ont conseillé d'introduire la main, qui, *placée en demi-pronation, aura la face palmaire tournée vers le plan antérieur de l'enfant, et les doigts vers les membres pelviens;* mais ce principe, d'ailleurs, est trop vague et souffre trop d'exceptions pour qu'on puisse en faire usage dans la pratique. Il n'est parfaitement exact ni pour les positions du pelvis, ni pour celles du dos, ni pour celles de l'épaule, et dans celles de la tête et du sternum il n'est juste que pour le premier temps de l'opération.

Craignant de comprimer le cordon, d'écraser l'abdomen et la poitrine, de fracturer ou de luxer les membres en parcourant le plan antérieur du fœtus pour le tourner sur son axe transversal, M. de Deutsch (1) suit depuis long-temps une autre méthode. Après avoir refoulé vers le fond de l'utérus la partie qui se présente en la roulant sur l'axe longitudinal du

(1) *Clinique des hôpit.* ou *Ann. de méd. univers.* tom. II, pag. 243.

tronc, il glisse les doigts sur le plan dorsal, et gagne aisément les pieds, qu'il abaisse ensuite. Il faut que je n'aie pas bien compris cette manœuvre; car elle ne m'a pas paru mériter tous les éloges que lui prodigue l'auteur.

Ceux qui ont recommandé de porter la main naturellement tournée du côté du bassin où sont placés les pieds, n'ont pas fait attention qu'assez souvent, même dans les présentations de l'épaule, les pieds restent vers le fond de la matrice sans être sensiblement inclinés plus d'un côté que de l'autre. Ils n'ont pas remarqué non plus qu'on suit la règle contraire quand le pelvis s'est présenté d'abord.

En disant que la main droite est de nécessité dans toutes les positions où les pieds doivent être ramenés en première, et la main gauche dans celles qu'on doit terminer en seconde, Gardien (1) est approché plus près de la vérité, quoique son assertion ne soit exacte non plus que pour les positions de la tête et du tronc; mais il a plutôt exprimé un fait que cherché à poser une règle qui découle d'ailleurs tout naturellement des principes que j'ai indiqués plus haut.

Le docteur Breen (2) a donné le conseil d'employer toujours la main gauche, attendu, dit-il, que la main droite est infiniment plus commode pour aider l'action de la première en agissant sur l'hypogastre.

M. Mayor (3) veut, lui, qu'avec la même main on puisse manœuvrer toutes les positions, en se conformant à la règle générale mentionnée plus haut. Pour cela, il suffit de varier la position de la femme, de la placer sur l'un ou l'autre côté, sur le dos ou sur le ventre, selon que le plan abdominal du fœtus, par exemple, regarde à droite, à gauche, en avant ou en arrière; mais je ne vois pas quel avantage une pareille conduite peut avoir sur celle que nous suivons généralement en France?

---

(1) *Traité compl. des accouch.* tome II.

(2) Ed. *med. Journal*, vol. XIV, 1819, n° 59, p. 162.

(3) *Journal des Progrès*, ou *Hygie* de Bruxelles, 1828. — *Bulletin de Férussac*, tome XVI, p. 279.

La main est choisie. Maintenant, pour favoriser son glissement, rendre son introduction moins douloureuse et se mettre en garde contre l'infection des maladies contagieuses, il faut l'enduire d'un corps gras ou mucilagineux. On peut l'immerger dans de l'huile ou du mucilage, la graisser avec du beurre, du saindoux, du blanc d'œuf. Que l'on se serve de l'une ou de l'autre de ces substances, il n'en est pas moins bon de suivre le précepte de Rœderer, c'est-à-dire de n'enduire que la face dorsale des doigts et de la main, la seule qui doive exercer des frottemens contre les parties de la femme ; attendu que l'autre face portera sur des organes qui ne sont déjà que trop glissans. L'avant-bras doit être aussi graissé jusqu'à sa partie supérieure. Si le point de l'enfant sur lequel on veut faire des tractions était à la vulve ou à peu de profondeur dans le vagin, cette précaution serait plutôt nuisible qu'utile, et la main devrait être appliquée à sec. Il importe en outre que les ongles soient courts et arrondis, pour ne pas blesser la matrice. Aucun anneau ne doit rester aux doigts, non qu'il soit à craindre d'en perdre un dans l'utérus, comme M Blundell (1) accuse, je ne sais sur quel témoignage, un accoucheur français de l'avoir fait, mais parce qu'ils pourraient gêner la manœuvre.

ART. 2. — Version céphalique ou version par la tête.

§ I. Historique.

Imbus de l'idée que les positions de la tête étaient les seules qui permissent un accouchement heureux, les médecins ne songèrent d'abord qu'à ramener l'enfant sur cette partie quand il se présentait autrement. On suivait le précepte d'Hippocrate, et l'on allait chercher la tête non-seulement dans les positions de l'épaule et des autres régions du tronc, mais encore dans les positions du siége, des genoux et des pieds eux-mêmes, qu'on regardait alors comme très dangereuses. Mais le célèbre médecin de Cos (2) admettant qu'on peut changer

(1) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 547.

(2) V. Swieten, *Aphor. de chir.* tome VII, p. 336.

la position du fœtus, en changeant celle de la femme, ne devait avoir que rarement recours à ces manœuvres. Celse fit bien voir que le fœtus pouvait sortir par les membres pelviens, mais la version par la tête n'en fut pas moins regardée comme la plus sûre et presque la seule praticable, jusqu'au temps de Franco et d'A. Paré. Quand un seul pied se présente, dit Rhodion (1), il faut le repousser, et que la femme, couchée la tête pendante, se tourne et se démène, afin que la tête revienne en bas. Lorsque ce sont les genoux, on ramène les deuxpieds (2). Il en est de même quand le fœtus vient par les fesses, *encore qu'il fût mieux de l'obliger à présenter la tête* (3) Depuis Guillemeau, au contraire, cette version a été de plus en plus négligée, et les classiques français n'en ont guère fait mention que pour la blâmer.

Malgré ce qu'en ont pu dire quelques modernes, personne, à Paris, n'a cru devoir mettre la version céphalique en usage. Mme Lachapelle va même jusqu'à en contester la possibilité. La difficulté de son exécution, le peu de prise qu'offre le vertex à la main qui cherche à saisir la tête et l'impossibilité de la ramener au détroit toutes les fois que la matrice est tant soit peu resserrée sur le fœtus, en ont éloigné les praticiens dans les cas même les plus heureux. Une fois la version opérée, la main, a-t-on dit, ne peut plus aider l'accouchement qu'on est obligé d'abandonner alors aux ressources de l'organisme, à moins d'avoir recours au forceps; tandis qu'en agissant sur les pieds, il est très-facile d'extraire le fœtus sans employer d'autre instrument que la main qui est allée les chercher. A cela je réponds: 1° qu'il n'est pas toujours fort difficile d'embrasser la tête dans la matrice et d'exercer sur elle des efforts considérables; 2° que, si les eaux ne sont pas écoulées depuis long-temps, on parvient souvent, sans trop de peine, à saisir le vertex et à le ramener au centre de l'orifice, quelque

(1) *Des divers accouch*. etc., feuillet 23.

(2) *Ibid*. feuillet 24.

(3) *Ibid*. feuillet 26.

éloigné qu'il en fût d'abord ; 3° qu'en général, il s'agit bien moins, dans cette opération, d'accrocher la tête que de la forcer à descendre en repoussant la partie qui s'est engagée à sa place; 4°. que, loin d'être simple et à désirer, l'accouchement par le pelvis fait, au contraire, courir de véritables risques à l'enfant, tandis que par le vertex, même avec le forceps, il est évidemment moins dangereux. Si la version par les pieds a été préférée par les auteurs du dix-septième et par ceux de la première moitié du dix-huitième siècle, c'est que, ne connaissant pas encore le forceps, ils ne trouvaient, en effet, qu'une ressource incomplète dans la version céphalique. La découverte de Levret aurait dû rendre, au contraire, à ce mode de version une partie de son ancienne vogue ; car, une fois la tête ramenée, rien n'empêche de l'extraire avec le forceps, si le cas l'exige, comme on le fait avec la main dans la version par les pieds.

Flamant, qui a parfaitement senti ces raisons, paraît être le premier qui ait reproduit de nos jours l'idée de la version céphalique, quoi qu'en dise Osiander, qui de son côté s'est efforcé de la généraliser. En effet, le professeur allemand ne l'a décrite qu'en 1799, tandis qu'elle était déjà enseignée à Strasbourg, en 1795. (1). Au reste, leur discussion sur ce point n'est que d'une faible valeur ; car la version sur la tête n'a jamais cessé d'être recommandée par quelques auteurs. Smellie (2) veut qu'on y ait recours lorsque la matrice n'est pas trop contractée et pour les positions vicieuses de la tête. Si l'enfant présente le côté du cou, dit Mauriceau (3), il faut ramener la tête ou repousser l'épaule. De La Motte (4) assure avoir souvent réussi de cette manière. Le Roux (5) croit aussi qu'on peut essayer de refouler la tête ou de la ramener à l'orifice comme cela est arrivé quelquefois. » A.

---

(1) *Archiv.* de Schweighaeuser, tome II, p 20.

(2) *Théorie et pratiq. des accouch.* etc., tome I, p. 372.

(3) *Maladies des femmes grosses*, etc., p. 262.

(4) *Traité compl. des accouch.*, etc., p. 435.

(5) *Observ. sur les pertes*, etc., p. 232.

Leroy (1) lui-même n'hésita point à vanter la version céphalique au dépens de la version par les pieds, à la défendre du temps de Baudelocque. Mais Flamant (2) est parvenu seul à rappeler sur elle l'attention des observateurs, et sous ce point de vue, ses réclamations sont justes. Depuis lui on s'en est beaucoup occupé dans le nord. M. Labbé (3) lui en emprunte deux observations. M. Eckardt (4) en cite une autre. Wigand (5) en indiqua d'autres aussi en 1803. M. Schnaubert (6) en publia deux en 1815. M. d'Outrepont (7) en annonca cinq en 1817. Deux exemples en ont été rapportés en 1825 par M. Regnaud (8), qui semble d'ailleurs ignorer les travaux de l'école de Strasbourg. Sur quinze cas qu'il en possédait en 1826, M. Busch (9) dit avoir eu quatorze enfans vivans. M. Ritgen (10) en avait déjà rassemblé quarante-cinq exemples en 1827, et M. Jœrg (11) n'a pas craint de poser en règle que dans la version, il faut ramener la tête toutes les fois qu'elle est plus rapprochée du col, ou plus facile à saisir que les pieds.

MM. Vallée (12), de Roche (13), Ubersaal (14), qui en citent aussi des exemples, se sont également étendus plus ou moins longuement sur la version de la tête, en essayant de faire adopter les principes du professeur Flamant. D'autres ob-

---

(1) *Prat. des accouch.*, ou critiq. de cet ouvr. par M*** Paris, 1777, p. 9.

(2) *Journal compl.* tome XXVII, p. 363., tome XXVIII, p. 193, tome XXX, p. 3. etc.

(3) *Thèse*, Strasb. 4e *jour compl.* au 11, 1803.

(4) *Thèse*, Strasb., 25 pluv. en 11.

(5) *Journal compl.* tome XXX, p. 3.

(6) *ibid.*

(7) *ibid.*

(8) *Thèse*, Montpellier, 8 août 1815.

(9) *Journal compl.*, ou bulletin de Férussac, etc.

(10) *Journal compl.*, tome XXX.

(11) Burns, *Principl of. midwif.*, etc., p. 384.

(12) *Thèse.* Strasb. 27 août 1823.

(13) *Thèse*, Strasb. 16 août 1823.

(14) *Mémoire de Flamant*, *Journ. compl.* tome cité.

servations en ont encore été publiées. Voyant qu'il ne pouvait arriver aux pieds dans une position du bras, en 1805, M. Merriman (1) fit descendre la tête au détroit supérieur, et eut un enfant vivant, le seul sur six dont la femme était mère. Il dit même avoir entendu parler d'un ou de deux cas semblables, et que M. Ch. Newby lui en a communiqué un autre. La trente-deuxième observation de Spence (2) en serait aussi un exemple. Le cas où Ramsbotham (3) vit la tête s'engager après qu'il eut repoussé le pied, n'est-il pas aussi un cas de version céphalique? On en doit deux à M. Notty (4), et on en trouve seize dans le relevé de M. Riecke (5). M. Stoltz (6), enfin, vient d'en publier deux, et M. Burns (7) dit, comme Flamant, que la version sur la tête, avant la rupture des membranes, expose moins la vie du fœtus que la version podalique. Je répéterai que F. de Hilden (8) et sa femme cherchaient à ramener la tête de préférence, même dans les positions du pelvis, et qu'ils réussissaient souvent, *quoiqu'en disent Franco et Paré*, que Fichet de Fichy en faisait autant, et que la plupart des cas d'évolution spontanée de la tête que j'ai cités appartiennent encore à cette sorte de version que Baudelocque lui-même n'ose pas rejeter tout-à-fait. Bien qu'il l'ait faite une fois, M. Pacoud (9) ne conseille pas cependant la version sur la tête; Mais M. Toussaint (10), qui en cite un nouvel exemple, n'a pas craint lui d'en prendre la défense.

---

(1) *Synopsis of difficult parturit.*, etc., p. 640.

(2) *System. of midwif.*, 1784, ou Merriman, p. 250.

(3) *Pract. obs. in midwif.*, Case 52.

(4) Ryan, *Manual of midwif.* p. 640.

(5) *Archiv. gén. de méd.* tome XXII.

(6) *Journal hebdom.*, 1834, tome I, p. 5.

(7) *Principl. of midwif.* p. 384.

(8) Bonet, traduct. fr. p. 478, 481, 489.

(9) *Compte rendu* de la Maternité de Bourg, 1823, p. 12.

(10) *Annal. de la méd. phys.* etc., tome VII, p. 470.

§ II. Appréciation de la version céphalique.

La version *céphalique* doit donc être admise et conservée dans la science. Elle convient, 1° lorsque le bassin est bien conformé, qu'aucun autre accident n'est venu s'adjoindre à la position vicieuse du fœtus, et que la tête se trouve aux environs du détroit en position inclinée. 2°. Dans les présentations de l'épaule, du dos ou de la partie antérieure du thorax, si le bras lui-même n'est pas sorti, et si l'utérus n'est pas trop fortement contracté. En somme, il paraît prudent de l'essayer toutes les fois que les pieds sont plus éloignés du détroit que le sommet, et que la tête semble devoir permettre à la parturition de se terminer ensuite spontanément. D'ailleurs, après l'avoir inutilement tentée, rien n'empêche d'aller aux pieds, qui n'en sont pas pour cela plus difficiles à atteindre. Si la tête semble disposée à s'abaisser, on va la chercher. Sinon, il n'y a qu'à diriger la main immédiatement vers les membres pelviens. Je ne pense pas cependant que cette version offre tous les avantages que lui attribue M. Guillemot (1), ni qu'elle doive être préférée dans les positions inclinées du pelvis, ni, à plus forte raison, quand le siége se présente en plein. Flamant veut qu'on la préfère dans presque tous les cas, même quand il y a des accidens du côté de la mère. Peut-être pourrait-on alors l'imiter parfois avec avantage, lorsque le fœtus est très-mobile dans l'utérus; mais je doute qu'il en puisse être de même quand les eaux sont écoulées et que la matrice est fortement contractée.

Restreinte aux indications précédentes, la version céphalique est réellement une opération importante. Les argumens dont on s'est servi récemment à l'académie de médecine pour la repousser, ne prouvent absolument rien contre elle. Ce n'est pas seulement parce que la résistance du col repousse, refoule les fluides vers le crâne, comme l'auteur semble le

---

(1) *Bulletin de la Soc. méd. d'Émul*, 1824, p. 197

croire, mais bien par suite de la compression du cordon, du ventre et de la poitrine, du renversement possible de la tête en arrière, des tractions qu'on est quelquefois obligé d'exercer sur le rachis, et de tous les inconvéniens signalés à l'article accouchement par le pelvis, que la sortie ou l'extraction du fœtus par les pieds entraîne plus de danger que par la tête. Il est vrai que la similitude entre la présentation naturelle de la tête et la version céphalique n'est pas parfaite. Une portion du liquide amniotique se maintient dans le premier cas, jusqu'à la fin, autour du fœtus comme pour le protéger contre les efforts de l'utérus, tandis que les déplacemens opérés par la main dans le second le font écouler en entier; mais ceci est un avantage plutôt qu'un danger. Moins il reste d'eau dans la matrice après la dilatation du col plut l'enfant sort vite. Quand la tête est replacée au détroit supérieur il arrive de deux choses l'une, 1° l'utérus cesse de se contracter, et un calme de quelques heures se manifeste. Alors l'enfant est à peine comprimé et ne court aucun risque sous ce rapport. 2° Le travail continue de marcher, augmente même assez souvent d'énergie, et, dans ce cas, la tête étant bien placée ne tarde pas à franchir le canal pelvien. Si quelque accident, un certain degré d'étroitesse du bassin, pouvaient inspirer la moindre crainte à ce sujet, on en serait quitte pour se hâter d'appliquer le forceps

Si dans un nombre choisi, la version podalique n'a donné que deux enfans morts sur vingt-un à la maternité de Paris (1), il est malheureusement prouvé par la pratique journalière, et celle d'une foule d'établissemens publics, que cette opération est infiniment plus dangereuse. Sur 3120, M. Riecke dit qu'on a perdu 300 femmes et 1675 fœtus. Stein annonce 33 enfans morts sur 66, Boer deux sur cinq, Osiander 41 sur 68 et M. Carus à peu près la moitié. Sur 80 j'en ai eu 15. Là dessus d'ailleurs, la version céphalique l'emporterait encore, car M. Busch ne parle que d'un mort sur quinze, et M. Riecke d'un sur seize. Au surplus, comment conclure après deux simples essais?

§ III. Manœuvre de la version céphalique.

La version par la tête, dit M. Busch, s'effectue de deux manière; 1° en repoussant la partie qui s'engage ou tend à s'engager, afin qu'en se contractant, l'utérus fasse descendre le crâne; 2° en saisissant la tête elle-même, pour l'entraîner au détroit.

Ainsi, la femme étant placée comme il a été dit, on introduit la main gauche, quand la tête est tournée à droite; la main droite, au contraire, dans les positions opposées, et l'un ou l'autre indifféremment si le vertex est renversé en avant ou directement en arrière.

D'abord, on refoule la partie qui s'est engagée. On tâche de l'éloigner du détroit, et de la porter vers la fosse iliaque opposée à celle qu'occupe le vertex. De cette manière, on met la matrice en état de reporter son action sur le crâne, et de le ramener au centre du bassin. Après avoir ainsi relevé l'épaule, si la tête ne descend pas, la main va la chercher, l'embrasse avec tous les doigts, l'entraîne comme avec un crochet, pendant que l'autre main relève, soutient l'hypogastre, et doit, en même temps s'efforcer de lui faire prendre de préférence une des positions occipito-antérieures. Les anciens avaient assez bien compris ce mécanisme; car Albucasis (1) avait imaginé un repoussoir pour soulever le tronc, pendant que de l'autre main on attirait la tête. Une fois au centre du cercle pelvien, la tête est abandonnée, et l'accouchement n'exige plus aucun secours, si toutefois il n'existe pas d'autre accident. Dans le cas contraire, le forceps doit aussitôt remplacer la main.

Manipulations extérieures.—En parlant de la version céphalique, Wigand dit qu'on parvient souvent à l'opérer sans porter la main dans les organes génitaux. Il veut qu'en agissant sur l'utérus à travers les parois abdominales et en s'aidant de la position de la femme, on puisse ramener la tête au détroit supérieur. Avant de connaître la doctrine du professeur allemand, j'avais déjà suivi ce précepte, et j'ai reconnu qu'en

(1) Smellié, *Théor. et pratiq. des accouch.*, tome I, p. 42.

s'y conformant, il est quelquefois possible, en effet, de redonner au vertex sa position naturelle. Je l'ai employée deux fois depuis avec succès avant la rupture des membranes. Mais je ne pense pas que cette manœuvre soit jamais d'un grand secours quand les eaux sont écoulées depuis long-temps et la matrice fortement resserrée sur l'enfant. On réussit alors, comme on le faisait du temps d'Hippocrate, en variant la position de la femme, et en lui imprimant des secousses. Rhodion (1), qui conseille de retourner l'enfant en repoussant le côté du ventre, ou de mettre la femme à l'envers (2), agissait évidemment d'après la même idée. Il devait en être de même des pratiques invoquées par Sennert (3), qui veut qu'on presse la matrice, qu'on roule, qu'on prenne la femme par les pieds pour la secouer, et du massage employé en Russie par le vulgaire (4). C'est encore ainsi que M. Buchanan (5) est parvenu à changer une position du bras en faisant mettre la femme sur les génoux avant la sortie des eaux. Sans trop compter sur sa valeur, c'est donc une ressource à ne pas négliger dans certains cas, d'autant mieux que M. Riecke (6) lui attribue plusieurs exemples nouveaux de succès.

ART. 3.—Version podalique ou par les pieds.

Sans faire un fréquent usage de la version par les pieds, les anciens l'employaient cependant, et il serait injuste de n'en reporter l'idée, ou l'application, qu'au temps de Paré ou de Franco. Aetius (7) dit que si la tête est trop grosse, on doit la repousser, et atteindre les pieds. Dans les positions du dos,

---

(1) *Des div. trav. et enf.* feuillet 2/.

(2) *Ibidem.* feuillet 25.

(3) Deventer, *Man. des accouch. etc.*, p. 272.

(4) Martius, *Cliniq. des hôp.*, etc.

(5) Burns, *Principl. of midwif.* etc., p. 384.

(6) *Archiv. génér. de méd.*, tome XXII, p. 385.

(7) Cap. 23.—Smellie, tome I, p 23

Moschion (1) ramenait la tête ou *les pieds* quand ils se trouvaient plus rapprochés de l'orifice. Si on ne peut ramener la tête dans les positions contre-nature, Avicenne (2) veut qu'on aille chercher les pieds. Rueff (3) comme Rhodion (4) prescrit aussi à la sage-femme de saisir la partie la plus rapprochée du détroit et de l'attirer, quand elle ne peut pas avoir la tête. J. Bauhin (5) tient le même langage. Seulement on voit que pour eux c'était un pis aller, tandis que depuis le principe a été renversé, et qu'aujourd'hui c'est la tête qu'on songe le plus rarement à faire descendre.

§ Ier. Manuel opératoire.

La manœuvre dans la version podalique se compose de trois temps principaux. Il faut, 1° introduire la main; 2° changer la position de l'enfant; 3° aider à l'expulsion de l'œuf.

Ces trois temps ne se trouvent pas réunis dans la version céphalique, où, comme on l'a vu, l'action de la main n'est plus d'aucun secours dès que la tête est replacée convenablement au détroit supérieur. Dans quelques positions des pieds la manœuvre est presque entièrement réduite au temps d'*extraction.* Mais alors ce n'est plus en effet qu'une simple extraction et non une version.

A. Introduction de la main.

Beaucoup d'auteurs conseillent de pénétrer dans le vagin au moment même d'une forte contraction utérine. Alors, disent-ils, la douleur produite par l'opération se confond avec la douleur de la contraction, et la femme ne les distingue pas

(1) Smellie, oper. citat., tome I, p. 20.
(2) *ibid.* p. 40
(3) Smellie, tome I, p. 47.
(4) Operat. citat., feuillet 27.
(5) Deventer. *Manuel des accouche.*, p. 275.

l'une de l'autre. Alors aussi le vagin s'élargit et se raccourcit en même temps, par l'abaissement momentané de la matrice, qui vient en quelque sorte d'elle-même au-devant de la main. Ces assertions peuvent être fort exactes en théorie; mais, en pratique, elles n'autorisent certainement pas le précepte qu'on a voulu en faire découler, et, comme Desormeaux, je pense, d'après ma propre expérience, que la main doit le plus souvent traverser la vulve dans l'intervalle des douleurs.

A quelque idée que l'on s'arrête sous ce rapport, il faut que les doigts, rapprochés, soient d'abord introduits à plat dans le sens du grand diamètre de la vulve; après quoi on les réunit de manière que leur face palmaire représente une gouttière où le pouce vient se loger, et que le tout puisse former un cône très-allongé, dont la base se trouve au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. La main arrive ainsi dans la cavité vaginale, en suivant la direction de l'axe du détroit inférieur.

Pour pénétrer à travers le col, il est indispensable de choisir l'instant où la contraction n'a pas lieu, tellement même que personne n'a jamais osé prescrire le contraire. Autrement, en effet, il serait souvent impossible d'arriver jusque dans la matrice. On s'exposerait à déchirer l'orifice. Ce serait enfin se créer volontairement mille difficultés et faire courir à la femme de nombreux dangers.

Si la dilatation est très-avancée, les doigts, d'abord réunis, doivent presque aussitôt être plus ou moins écartés, pour s'accommoder à la forme de la partie qui est au centre, et glisser convenablement entre elle et les parois de l'utérus. Dans le cas contraire, on les fait pénétrer l'un après l'autre, et le cône que formait leur réunion se trouve bientôt reproduit. Ensuite on pousse doucement, en ayant soin de s'arrêter à chaque douleur, et d'agir toujours dans le sens de l'axe du détroit supérieur. C'est ici surtout qu'il importe de ne rien brusquer; que les mouvemens et les efforts réclament la plus grande douceur; qu'au lieu de pousser pour dilater le col, il est quelquefois mieux d'écarter modérément et par degrés la base des doigts ou de la portion de cône déjà introduite dans l'orifice. La main qui reste à l'extérieur pendant cette manœuvre doit

être appliquée sur l'hypogastre, dans le but de soutenir la matrice, et de l'incliner en arrière, s'il est nécessaire. Aussitôt que la racine des doigts a franchi le col, la main tout entière entre sans difficulté dans la cavité utérine, et dès lors la période d'intromission est effectuée.

Si la poche des eaux n'est pas rompue, Peu (1) recommande de glisser la main entre la matrice et l'œuf, de manière à pouvoir saisir les pieds sans déchirer les membranes. Cette méthode que Deleurye (2), madame Lachapelle (3) et M. Dewees (4), ont proposée de nouveau, que Morlanne (5) a surtout préconisée, paraît dangereuse à Levret (6), qui craint beaucoup le décollement du placenta, Je ne crois pas que ce soit là un danger réel, et le conseil de Peu est certainement bon à suivre en ce qu'il ôte à la matrice la possibilité de se resserrer avant que l'accoucheur n'ait convenablement saisi le fœtus; mais comme la version offre ordinairement peu d'embarras lorsqu'on la tente avant la sortie du liquide amniotique, c'est une pratique qu'on peut adopter ou rejeter presque indifféremment.

Période d'exploration. Avant d'aller plus loin, il faut déterminer l'état des choses, s'assurer qu'on ne s'est pas trompé sur la position du fœtus, ne pas confondre les bras avec les jambes, voir si aucune partie n'est contournée sur elle-même, et tâcher de savoir où sont les pieds et le siége, quand on a reconnu la tête. Ensuite, pour saisir l'enfant, dans l'intention de l'extraire ou d'en changer la position, il est essentiel de remarquer que plusieurs points de son corps ne supporteraient pas sans danger le degré de pression qu'il est quelquefois nécessaire d'employer. Par exemple, on doit éviter de porter

---

(1) Burton, *Nouv. syst. des accouch.*, p. 315.

(2) *Traité des accouch.* etc., p. 228.

(3) *Pratiq. des accouch.*, tome

(4) *Amer. med. reporter*, octobre 1819 — Merriman, p. 130.

(5) *Méthode assurée de délivrer les femmes*, etc., 1802, p. 8, et 19.

(6) *Art des accouch.*, etc., p. 138.

l'extrémité des doigts sur les sutures, les fontanelles, l'abdomen et les côtés du thorax. C'est sur le front, l'occiput, les tempes, les pariétaux, les épaules, le rachis, le sternum, les hanches et les membres seulement, qu'il est permis d'appliquer la main pour refouler, retourner ou extraire le fœtus.

B. Mutation.

Après avoir reconnu la partie qui se présente, on la refoule pour débarrasser le détroit supérieur, en ayant soin d'appliquer les doigts sur une surface aussi étendue que possible ; puis on va à la recherche des membres, que l'on saisit pour les ramener à l'orifice. Jamais on ne doit entraîner le fœtus autrement que dans le sens de sa flexion naturelle ; c'est-à-dire qu'il faut le pelotonner, le faire rouler sur son plan antérieur. En le renversant sur la région dorsale, comme le faisait Justine de Brandebourg (1) et comme le conseille encore Deleurye (2), ou sur le côté, on le porterait nécessairement dans l'extension. Il ne tarderait pas à former une tige ou un arc de cercle inflexible, ce qui rendrait le plus souvent le reste de l'opération impossible. La cavité utérine ne serait plus assez spacieuse pour en permettre l'évolution. Les moindres efforts exposeraient à luxer ou fracturer les membres, à rompre la moelle épinière, feraient naître des douleurs extrêmement vives du côté de la femme, peut-être même des déchirures de la matrice, et ne manqueraient pas surtout de faire périr le fœtus.

S'il paraît trop difficile de joindre les deux pieds, on peut à la rigueur se contenter d'un seul. Portal (3) dit même que, quand on en tient un, il est inutile d'aller chercher l'autre. Puzos (4) veut aussi qu'on tire sur un seul pied quand on ne trouve pas le second, et soutient que cette pratique qu'on doit à Clément est

---

(1) Deventer, *Observ. sur les accouch*. etc., p. 132.

(2) *Traité des accouch.*, etc., p. 225.

(3) *La pratiq. des accouch*. etc, p. 31.

(4) *Traité des accouch*. etc., p. 169, 170.

excellente. Giffard (1) paraît avoir délivré quarante-sept femmes en agissant ainsi. Deleurye (2) veut également qu'on tire sur le premier sans s'occuper de celui qui reste caché. M. Kilian (3) ne veut pas non plus qu'on cherche le second pied lorsqu'un seul se présente; car, d'après lui, cette dernière présentation est la plus avantageuse. Il ajoute à tort, comme on voit, que Yorg, le premier après Portal et De La Motte, osa enseigner que la version se fait plus facilement en amenant un seul pied au-dehors qu'en s'efforçant de les atteindre tous deux. Wigand, Carus, Siebold, en Allemagne, professent la même opinion. Pour moi, je suis d'avis que, sans trop s'inquiéter du second, on ne doit cependant rien negliger pour l'atteindre. Un lac passé sur la jambe abaissée, permet, dit Parè (4), d'aller à la recherche de l'autre.

La plupart des accoucheurs ont conseillé et conseillent encore de saisir les pieds, et non pas une autre partie des membres. Les pieds, enfin, sont la seule partie sur laquelle on recommande de tirer dans la version dont il s'agit. Cependant il est possible, il est même avantageux, dans beaucoup de cas, de suivre le conseil donné d'abord par Burton (5), reproduit ensuite par Delpech (6), et plus récemment par M. Breen (7), c'est-à-dire de saisir les genoux ou les jarrets plutôt que les pieds.

Hunter (8) soutenait, lui, dans ses leçons, qu'on devrait ramener les fesses au lieu des pieds ou des genoux; mais ce précepte, qui offrirait en effet l'avantage d'engager le pelvis tout entier dans le col, ne permettrait pas de continuer la

---

(1) Burton, *Nouv. syst. des accouch.*, p. 205.
(2) *Traité des accouch.*, p. 224
(3) *Die operat. Geburtshülfe*, p. 401, 402.
(4) *OEuvres compl.*, liv. 24, chap. 33, p. 710.
(5) Delpech, *Malad. réput. chir.* etc., tome II, p. 345, 341.
(6) Edimb. *Med. Journal*, vol. XIV, 1819.
(7) Merriman, *Synopsis of difficult.* etc., p. 87.
(8) Kilian, tome I, p. 440, 441, 442, 443.

version assez loin pour atteindre le but qu'on se propose alors.

La version sur les fesses passée sous silence par presque tous les accoucheurs, dit M. Kilian (1) paraît avoir été pratiquée par Peu. Schweigheuser, Schmitt, Bescthler, lui ont rendu le rang qu'elle mérite ; car il est reconnu, selon cet auteur, que la position des fesses est plus avantageuse que celle des pieds. Il veut qu'on la pratique, lorsqu'on ne trouve pas les pieds, lorsque la matrice se resserre avec force sur le fœtus et la main de l'opérateur, ou quand on peut espérer que cet organe possède encore assez d'énergie pour terminer ensuite le travail.

Remarquant qu'après l'accouchement par la tête, c'est l'accouchement par les fesses qui offre le moins de dangers, observant d'un autre côté que la version par les fesses est plus difficile que la version par les pieds, M. Radfort (2) propose à son tour, comme règle générale, de ne jamais ramener qu'un pied ou qu'un genou aux orifices quand on veut extraire le fœtus par le pelvis (3) : C'est une méthode à essayer.

Pendant qu'on explore et qu'on cherche à retourner l'enfant, il n'est pas moins essentiel de soutenir l'utérus à l'extérieur que lors du temps d'intromission. La main qu'on tient appliquée sur l'hypogastre aide encore, par des pressions convenablement ménagées, à faire descendre ou la tête, ou l'épaule, ou les membres, et rend de toute manière la version et plus facile et plus sûre. Sans cette précaution l'accoucheur s'exposerait, quand il est obligé d'agir avec une certaine force, et en particulier quand le liquide amniotique est écoulé depuis long-temps, à produire des tiraillemens dangereux, à séparer le col utérin de l'extrémité supérieure du vagin, à rompre la matrice elle-même dans ses points les plus faibles, ou dans ceux qui se sont le plus fortement contractés sur les parties saillantes et solides du fœtus.

C'est toujours entre les douleurs que ces manœuvres doi-

(1) *Die operat. Geburtshulfe*, etc.

(2) Edimb. *Med and surg. Journal*, avril 1832, p. 260.

(3) *Ibidem.*

vent être exécutées. Pendant les contractions elles seraient excessivement dangereuses, et produiraient le plus souvent des déchirures mortelles. Alors, au surplus, il est bien impossible de faire mouvoir l'enfant. La main ne tarde pas à être tellement serrée, qu'elle finit bientôt par s'engourdir, par perdre complètement la sensibilité et la faculté d'agir. Ainsi, dès qu'une douleur se manifeste, on suspend toute espèce d'effort. Pour recommencer, on attend que la contraction ait cessé; à moins pourtant qu'un accident grave ne nécessite une terminaison très-prompte de l'accouchement.

Je dois aussi prévenir les jeunes praticiens que pour arriver au fond de l'utérus il faut porter l'avant-bras beaucoup plus profondément qu'on ne le croirait au premier abord, et que, pour se mettre en rapport avec l'axe du détroit supérieur, la main a besoin d'être bien plus fortement inclinée en avant qu'on ne pourrait se l'imaginer d'après l'examen d'un bassin sec.

C. Extraction.

Une fois la mutation opérée, une fois que l'enfant est ramené à l'une des positions des extrémités de son grand diamètre, on peut s'en tenir là, si le bassin est bien conformé et si la matrice conserve assez d'énergie pour terminer le reste de l'accouchement. Nous avons vu qu'on est obligé de se comporter ainsi dans tous les cas de version par la tête, à moins qu'on ne juge convenable d'appliquer le forceps; mais quand on ramène les pieds ou les fesses, doit-on aussi, comme le fait entendre Barbaut (1), les abandonner après les avoir placés dans une position qui ne s'oppose plus à la terminaison spontanée de l'accouchement? Pour appuyer ce conseil, on a soutenu : 1° que les tractions exercées sur le fœtus doivent toujours être évitées quand elles ne sont pas nécessaires; 2° que ces tractions forcent les bras à se

(1) *Cours d'accouch.* tome II, p. 11.

relever sur les côtés de la tête, ce qui gêne le glissement de cette dernière, et qu'elles mettent presque toujours les diamètres occipito-frontal ou occipito-mentonnier à la place du diamètre occipito-bregmatique ; 3° qu'en traversant avec rapidité le cercle utérin, le ventre et la poitrine du fœtus éprouvent une pression trop brusque ; 4° enfin que la matrice, trop promptement débarrassée, peut se renverser, rester dans l'inertie, et faire naître une hémorrhagie, etc.

Tous ces inconvéniens sont réels, et rien ne serait facile comme d'en grossir encore la liste ; mais, d'un autre côté, on ne doit pas perdre de vue que la femme ne s'est soumise à l'opération que dans l'espérance d'être promptement délivrée ; que sa famille, les assistans, ne peuvent être rassurés qu'après l'extraction complète de l'enfant ; que dans le cas de perte abondante, de syncopes, de lipothymies, de convulsions, de sortie prématurée du cordon, d'épuisement, il n'est pas permis d'attendre ; que l'inertie doit être rare en pareil cas, attendu que la manœuvre est plus propre à y remédier qu'à la faire naître ; que la compression du ventre de l'enfant, quand on a préalablement porté la main dans la cavité de la matrice, ne doit pas inspirer de grandes craintes ; que du moins elle n'est guère plus à redouter quand on tire sur le fœtus que s'il était simplement poussé par les efforts de la mère ; enfin, qu'il est possible d'éviter un extrême sans se jeter dans l'autre, et qu'en tocologie il est aussi dangereux de ne pas agir à propos que d'agir sans nécessité.

L'homme instruit et prudent saura donc se tenir dans un juste milieu, et mettre la manœuvre en rapport avec les circonstances de chaque cas particulier. Si rien de grave ne presse, les pieds étant saisis et les fesses descendues, il attendra, comme le conseille Burton (1), comme le faisaient Rivière d'Uzerches et Destremeau, il attendra en les sollicitant, les contractions utérines pour tirer sur l'enfant, et les tractions devront être combinées de telle sorte avec les efforts de la

(1) *Nouv. syst. d'accouch.* etc., p. 317.

femme, que ces deux actions n'en fassent pour ainsi dire qu'une. A chaque douleur, l'utérus doit commencer avant la main et finir après. En suivant cette marche, on simule l'accouchement spontané. Les bras descendent quelquefois avant la tête, qui reste fléchie sur la poitrine, et le diamètre occipito-bregmatique ne perd point ses rapports naturels avec les détroits du bassin. Dans aucun cas, il n'est indispensable de tirer assez fort pour rompre la moelle ou détronquer le fœtus.

S'il n'y avait d'autre chance de salut, au contraire, soit pour la mère, soit pour l'enfant, que dans une prompte délivrance, et si les contractions utérines étaient trop lentes et trop faibles pour qu'il fût permis de compter sur elles, les tractions de l'accoucheur ne devraient plus seulement aider, mais bien remplacer, plus ou moins complètement, les efforts de la femme. Il n'y a plus à balancer alors. De deux maux inévitables il faut choisir le moindre. Je n'ai pas besoin de rappeler d'ailleurs que dans le premier comme dans le second cas les tractions doivent être faites avec les plus grands ménagemens, jamais par saccades, et toujours dans l'axe des détroits.

Au total, l'extraction peut être considérée sous deux points de vue principaux ; 1° comme simple puissance accessoire qui s'adjoint à la matrice et hâte la terminaison d'une fonction pénible ; 2° comme ressource principale, ou même unique, quand l'organisme est impuissant, ou quand il importe de vider l'utérus en peu de minutes. Cette distinction une fois établie, je ne vois pas qu'il puisse s'élever de discussion ensuite à l'effet de savoir s'il convient ou non de tirer sur l'enfant, lorsque la version est effectuée. Tant qu'on se contentera de faire jouer aux tractions le premier rôle indiqué, il est évident qu'elles ne peuvent être qu'avantageuses, et jamais un homme habile n'en fera usage de l'autre manière sans une nécessité bien reconnue. Il est donc inutile d'examiner s'il serait réellement utile de s'en rapporter à l'organisme dès que le siége est descendu comme Leroux (1) le fait dire à Smellie et Deleurye,

(1) *Traité des pertes de sang*, etc. p. 98.

ou seulement quand la poitrine est engagée, comme Leroux le prescrit lui-même.

ART. 4.—Version podalique dans les positions de la tête.

Relativement à la version sur les pieds, les positions de la tête doivent être réduites à deux : l'occipito-iliaque gauche, à laquelle on ramène la première et la cinquième de Baudelocque; l'occipito-iliaque droite, qui comprend la deuxième et la quatrième du même auteur, à laquelle on réduirait encore, si on les rencontrait, les positions occipito et fronto-pubiennes. C'est ici par conséquent que la doctrine de M. Nægèle est complètement applicable.

§ 1er. Position occipito-iliaque gauche.

La position occipito-iliaque gauche exige la main gauche.

La main gauche donc entre en pronation dans le vagin, glisse sur la face antérieure du sacrum, pénètre dans l'orifice, reste en demi-pronation si l'occiput est tourné directement à gauche, se rapproche de la supination s'il se trouve en première position, se met en pronation tout-à-fait s'il est en arrière et à gauche. On embrasse la tête exactement, *on l'empoigne* à pleine main, et non pas seulement du bout des doigts. Le pouce se place sur la tempe ou la bosse pariétale droite, et les autres doigts, plus ou moins écartés, s'appliquent sur la face et la tempe du côté opposé.

On refoule d'abord cette partie dans l'axe du détroit, c'est à-dire en haut et en avant. Ensuite on la rejette vers la fosse iliaque gauche, en ayant soin de favoriser ce mouvement avec la main droite, qui, placée sur l'hypogastre, soutient le fond de l'utérus et l'incline plus ou moins en arrière et à droite.

Actuellement, il faut aller chercher les pieds; pour cela, on peut glisser sur le plan antérieur de l'enfant et arriver directement aux genoux ou bien à la racine des cuisses; c'est le chemin le plus court; mais, en le suivant, on s'expose à diverses méprises, à prendre le coude

pour le genou, le pied pour la main, les membres thoraciques pour les membres pelviens en un mot. Le plus sûr paraît être de se comporter de la manière suivante : on commence par étendre tous les doigts et le pouce lui-même du côté de l'oreille gauche. Ils doivent être placés à côté l'un de l'autre et allongés pour occuper moins de place. On leur fait parcourir tout le plan latéral gauche en les obligeant à glisser derrière le cou, l'épaule, la poitrine, le flanc et la hanche. Pendant ce temps la face antérieure du poignet soutient le front et l'empêche de redescendre dans le détroit. L'autre main renverse, autant que cela paraît nécessaire ou possible, la matrice en arrière et cherche à rapprocher des doigts, qui les cherchent, les parties qu'on a l'intention d'accrocher.

Si les membres pelviens sont dans leur état de flexion naturelle, on tâche de faire passer la main tout entière et à plat, au-dessus et en arrière du siége en la tournant de plus en plus en pronation. S'ils sont, au contraire, renversés ou déplacés d'une manière quelconque, s'il paraît trop difficile d'envelopper ainsi leur face postérieure avec la paume de la main, on les saisit toutes les deux, s'il est possible, ou du moins celui qui est le plus rapproché du plan postérieur de la matrice, en embrassant leur racine avec le pouce qu'on fixe dans l'aine, et les doigts qu'on maintient sur la face postérieure des cuisses. S'ils étaient contournés, diversement entrecroisés ; si l'un d'eux était fléchi et l'autre étendu ; si enfin on avait vainement tenté de les embrasser ensemble, et qu'on fût obligé de les amener l'un après l'autre, il faudrait au moins s'attacher d'une manière toute spéciale à faire descendre le membre postérieur le premier, quand même il serait le plus éloigné de l'orifice.

Dans le premier cas, pour continuer l'opération, la main n'a qu'à glisser sur le derrière des cuisses et des jambes, qu'elle pousse devant elle en les étendant à mesure qu'elle descend. De cette manière les pieds ne peuvent ni échapper, ni se dévier, et sont conduits sans peine au détroit supérieur.

Dans le second, on éprouve ordinairement plus de difficulté. Il faut quelquefois agir successivement sur la cuisse et

sur la jambe comme sur des leviers du premier genre. Pendant qu'on cherche un pied l'autre échappe, et toujours il est difficile de les entraîner tous les deux à la fois, à moins qu'on n'ait pu embrasser dès le principe les deux jarrets en même temps avec les doigts et le pouce.

Dans le troisième cas, c'est-à-dire quand les membres sont trop éloignés de leur attitude naturelle, et toutes les fois qu'on est obligé de les faire descendre l'un après l'autre, on se conduit comme on peut. Seulement on doit avoit pour but, en tirant sur le pied saisi, de tendre à le rapprocher toujours du membre opposé. En le portant dans l'abduction, mouvement naturellement très-borné qui exposerait aux luxations et aux fractures, on aurait encore l'inconvénient de fatiguer l'utérus bien plus qu'en suivant l'abduction; car pour être librement exécuté, ce dernier mouvement exige beaucoup moins d'espace que l'autre.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'un des pieds est arrivé dans le vagin ou à la vulve, on doit le fixer au moyen d'un lacs avant d'aller chercher l'autre : non pas dans l'intention de l'empêcher de remonter, comme l'avaient imaginé quelques auteurs anciens, mais bien pour être sûr de le retrouver au besoin. Cette précaution prise, on reporte la main gauche dans la matrice, et, pour arriver plus aisément à l'autre pied, on suit la partie interne et postérieure de celui qui supporte le lacs. En se conformant à cette règle on rencontre nécessairement la rainure des fesses et les organes sexuels. La cuisse que l'on veut atteindre ne peut plus être méconnue, et l'on évite ainsi des tâtonnemens plus ou moins nombreux et fatiguans. C'est aussi dans l'adduction et en suivant le plan antérieur du fœtus, bien entendu, que ce pied doit être ramené à côté de l'autre.

Lorsque, d'une manière ou d'une autre, on est parvenu à étendre les membres pelviens et à les abaisser dans l'excavation, on place l'indicateur entre eux, au-dessus des malléoles internes, tandis que le pouce et les autres doigts embrassent leur face externe, et de telle sorte que les talons soient logés dans la paume de la main. Si la tête, pressée par la matrice, ou mal soutenue par le poignet, s'était trop rapprochée de

l'orifice, on devrait, avant de tirer sur les pieds et sans les abandonner, la repousser vers la fosse iliaque avec l'éminence thénar.

Les tractions que l'on exerce ensuite ont d'abord pour but de faire basculer l'enfant, d'obliger la tête à se porter vers le fond de la matrice pendant que le pelvis est entraîné dans le détroit supérieur, et de transformer une des positions gauches du sommet en une des positions droites des pieds. Pour que cette mutation offre tous les avantages qu'il est permis d'en attendre, il faut que le dos du fœtus se tourne à droite, puis un peu en avant, et non en arrière. En conséquence, l'opérateur évitera soigneusement d'incliner la main en supination une fois qu'il aura commencé de tirer sur les jambes. C'est en demi-pronation qu'il la maintiendra pour ramener en seconde position de Baudelocque. Si cela ne suffisait pas, il faudrait tâcher d'atteindre le pied droit, qui est en avant, avec la main droite, et de tirer uniquement ou presque uniquement sur lui, jusqu'à ce que la tendance du dos à se diriger en arrière eût été vaincue.

Aussitôt que les deux pieds sont sortis de la vulve, on les enveloppe d'un linge sec afin de les tenir plus solidement. Les hanches ne tardent pas à traverser l'orifice, à se présenter au détroit inférieur. A mesure que les membres sortent, les mains tournées, la droite en avant, la gauche en arrière, doivent s'allonger sur eux vers la vulve, afin de les tenir par une surface aussi étendue que possible. On place donc les pouces en arrière, les deux derniers doigts sur la face antérieure, et l'indicateur et le médius étendus sur le côté externe de chaque jambe ou de chaque cuisse, jusqu'à ce que les hanches soient au dehors.

Avant d'aller plus loin, il convient, comme le dit Levret (1), de s'occuper du cordon ombilical, de voir s'il n'est pas tiraillé, en portant l'indicateur et le pouce ou deux autres doigts de la main droite vers son insertion au ventre de l'enfant. Si on le

(1) *Art des accouch.*, etc., 3e édit., p. 130.

trouve tendu, on en fait descendre une anse suffisamment longue en tirant sur sa portion placentaire et jamais sur son extrémité abdominale. S'il n'éprouve aucune traction vers l'ombilic on peut le laisser en place. Si du ventre il passait entre les cuisses pour remonter sur le plan postérieur du fœtus, et que la circulation parût en souffrir, il faudrait le dégager, se décider à le couper même si le danger était pressant, et s'il n'était pas possible autrement d'en dépêtrer les membres; mais alors il importerait de terminer l'accouchement en très-peu de minutes. Du reste je ne crois pas qu'il soit utile alors de le lier en deux points avant de le couper, comme le dit M. Kilian (1), qui craint, en négligeant cette précaution de voir, ainsi que Denman en cite un cas, l'enfant périr d'hémorrhagie.

Ensuite, on continue les tractions obliquement en bas et en arrière, c'est-à-dire dans l'axe du détroit supérieur. Quand les hanches sont dégagées, on les saisit à leur tour, la gauche ou postérieure avec la main gauche, la droite ou antérieure avec la main droite, et de manière que les doigts ne remontent pas au-dessus des crêtes iliaques, afin d'éviter toute pression des viscères abdominaux. Le ventre et la poitrine suivent bientôt. C'est à partir de ce moment que les bras se relèvent, que les épaules s'engagent, et qu'il est surtout essentiel de bien combiner les efforts de l'accoucheur avec ceux de la femme, si l'on veut éviter le renversement de la tête. Quelque résistance qu'on éprouve pour engager les épaules dans l'excavation, on ne doit jamais imiter ces praticiens routiniers qui n'imaginent rien de mieux, en tirant sur le fœtus, que de le rouler sur son axe, ou de faire exécuter un mouvement plus ou moins étendu de circumduction à tout son corps. On ne doit pas non plus le porter alternativement de la face interne d'une cuisse à l'autre, ni le soulever pour l'abaisser ensuite directement d'avant en arrière. De pareilles manœuvres ne procureraient aucun avantage, et transporteraient sur les par-

---

(1) *Die operat. Geburthshülfe*, p. 497.

ties cervicale ou dorsale du rachis de trop dangereux tiraillemens. Il est tout au plus permis de tenter, quand il ne suffit pas d'agir régulièrement dans l'axe supérieur, ce que l'on pourrait appeler des tractions *diagonales*, c'est-à-dire des tractions dirigées dans le sens du diamètre oblique qui est en rapport, au détroit supérieur, avec le plus grand diamètre des épaules. On soulève d'abord, en tirant avec lenteur, le bassin de l'enfant comme si on voulait le porter dans le pli de l'aine gauche de la mère. Ensuite on l'abaisse, en le portant vers la rainure sous-ischiatique droite; puis on le relève de nouveau pour l'abaisser encore, et ainsi de suite jusqu'à ce que les épaules, qui, de cette manière, s'engagent l'une après l'autre et reçoivent la plus grande partie des efforts que l'on exerce, soient assez près du détroit inférieur pour pouvoir être facilement saisies. Lorsqu'on en est à ce point, il faut songer à l'extraction des bras.

L'enfant est-il peu volumineux ou le bassin très large? la présence des membres thoraciques n'apporte qu'un très faible obstacle à la sortie de la tête, et l'on pourrait à la rigueur s'abstenir de les dégager. Dans les autres cas, ils ne laisseraient pas au contraire de gêner fortement le reste de l'opération, et la prudence, si ce n'est une indispensable nécessité, veut qu'on les abaisse. Quelques auteurs, et Deventer (1) encore, ont avancé, qu'appliqués sur les côtés du cou, ils favorisent le glissement de la tête, la dilatation de la vulve, qu'ils s'opposent au resserrement du cercle utérin, à ce que le fœtus puisse être étranglé, et qu'ils ne sont jamais assez volumineux pour empêcher l'accouchement de se terminer; mais ne s'étant appuyés sur aucune raison plausible, ces praticiens, refutés, vivement blamés par Peu (2), ne méritent guère d'être combattus; car personne actuellement ne les imite, quoique A. Petit et Millot (3) aient donnés depuis le même conseil,

(1) *Observ. sur les accouch.*, etc., p. 69.

(2) *Pratique des accouch.*, etc., p. 302.

(3) *Supplém. à tous les traités d'accouch.*, etc., tome II, p. 40.

reproduit aussi par M. Froriep (1), qui ne veut pas qu'on abaisse les bras alors, parce qu'ils empêchent, dit-il, la compression du cordon et du cou.

C'est le membre qui se trouve vers le sacrum, qu'il faut extraire le premier. En commençant par l'autre, on éprouverait trop de difficultés, et, après avoir réussi, celui qui est en arrière n'en serait pas devenu sensiblement plus libre.

Le tronc, toujours enveloppé d'un linge, est soulevé par la main droite, comme dans les tractions obliques. On porte le pouce de la main gauche, tenue en pronation, dans le creux de l'aisselle correspondante, pendant que l'indicateur et le médius s'appliquent sur les faces externe et antérieure du bras, jusqu'au pli du coude, comme pour former une attelle à l'humérus. Alors, on agit sur la totalité du membre comme sur un levier coudé du troisième genre. Le pouce représente le point d'appui, les doigts la puissance, et la résistance se trouve dans l'avant-bras du fœtus. Pendant qu'on fait ainsi basculer le bras, il faut le porter dans l'adduction, et de manière qu'en s'abaissant il glisse sur la face antérieure de la poitrine. Si on se contentait de l'accrocher avec un ou deux doigts, on courrait risque de le fracturer, on bien de n'exercer des tractions que sur son articulation avec le scapulum.

Lorsque toute l'épaule est fortement relevée, il est quelquefois utile de suivre le précepte de Baudelocque, reproduit par presque tous les accoucheurs de nos jours, c'est-à-dire de diviser cette petite opération en deux temps, de mettre d'abord la main en supination, afin que le pouce puisse prendre un instant la place des autres doigts et enrayer l'abaissement total du membre, en commençant par celui de sa racine; mais le plus souvent cette précaution est inutile, et je n'ai point eu à me repentir de l'avoir généralement négligée.

Le bras étant sorti, on l'étend le long du thorax. La main droite dépose le tronc de l'enfant sur la main gauche, et va

---

(1) Meissner, *l'art des accouch.* au 19e siècle, p. 214 ou 402.

dégager ensuite le membre antérieur ou sous-pubien en suivant les règles indiquées ci-dessus.

Au lieu de suivre leur pente naturelle à se relever sur les côtés de la tête, les bras se contournent parfois en arrière, et cela de deux manières fort différentes : 1° l'un d'eux, ou tous les deux, mais plus souvent un seul, et en particulier celui qui doit se trouver en avant, vient se placer en travers derrière le cou, comme pour arrêter la marche de l'occiput ; 2° avant de se relever ou même en se relevant, ils se portent en arrière et vont se croiser sur le dos au-dessous des épaules; ce qui peut en produire la luxation ou la fracture, et augmenter singulièrement les difficultés de la manœuvre si on n'y remédie pas assez à temps.

Dans le premier cas, on commence par dégager le bras non dévié. Ensuite, on refoule un peu le tronc, pour obliger la tête à remonter, et diminuer, autant que possible, la pression que supporte l'autre bras ; après quoi, les doigts et le pouce doivent être appliqués comme il a été dit plus haut, et agir d'après les mêmes principes, mais avec un peu plus de lenteur. Si le bras résiste, on essaie de le faire remonter au-dessus de l'occiput, et le crochet mousse, proposé par M. Dubois, ne doit être employé qu'à la suite de toutes sortes de tentatives infructueuses.

Dans le second, quand même l'avant-bras serait entièrement passé du côté opposé, ainsi que M. Dugès semble l'avoir observé, et quand même il serait relevé jusqu'à la nuque, on devrait toujours l'accrocher avec le médius et l'indicateur pour le faire glisser de haut en bas sur le dos de l'enfant et l'entraîner au-dehors. On réussit assez facilement, en général ; mais quelquefois il faut refouler très fortement la poitrine, ou imprimer un mouvement plus ou moins étendu de rotation à tout le tronc pour y parvenir. Lorsque les bras sont croisés sur la nuque, M. Kilian (1) fait décrire au fœtus un mouvement de rotation, selon son axe longitudinal, et tâche

---

(1) *Die operat. Geburtshülfe*, p. 302, 503.

de diriger le bras qu'il veut dégager le premier dans l'excavation du sacrum; ce qui, étant obtenu, rend le reste de l'opération très facile.

Si les contractions utérines ont exactement secondé les efforts de l'accoucheur, la tête doit être descendue dans l'excavation, ou du moins fortement engagée au détroit supérieur, de manière que les diamètres occipito-bregmatique et bi-pariétal se trouvent en rapport avec les diamètres obliques du cercle pelvien.

Dans ce cas, la main droite, glissée sur le devant du thorax et du cou, pénètre à plat et en demi supination jusque dans le vagin. Le pouce et les deux derniers doigts restent sur les côtés de la gorge. L'indicateur et le médius doivent être portés sur le menton, comme le veut Burton (1), ou dans la bouche, à la manière de Peu (2), ou encore sur les côtés du nez, et même à la base des orbites, comme le veut Morlanne (3), afin de maintenir la tête dans son état de flexion naturelle, et de rapprocher autant que possible du sternum l'extrémité faciale du diamètre occipito-mentonnier. Après avoir convenablement placé la main droite, on couche le fœtus par son plan antérieur sur l'avant-bras correspondant, puis on l'abaisse fortement vers le périnée, sans tirer, toutefois; car, pour le moment, il s'agit tout simplement de dégager un peu l'arcade des pubis. Ensuite, les deux ou trois premiers doigts de la main gauche sont conduits sous l'occiput pour le soutenir et l'empêcher de s'engager avant le menton. Le pouce, les autres doigts et le reste de la main de ce côté s'appliquent naturellement derrière le cou, et l'on tente alors de refouler la tête dans l'axe du détroit supérieur, afin de lui donner plus de liberté dans l'excavation, et de lui faire exécuter plus facilement son mouvement de pivot.

Quand on est parvenu à ramener la face dans la courbure

---

(1) *Nouv. syst. des accouch.*, etc., p. 220.

(2) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 306.

(3) *Méthode assurée de délivrer les femmes*, p. 29.

du sacrum, et l'occiput derrière la symphyse, ou seulement de côté, comme le prescrit Deleurye (1), qui invoque beaucoup d'observations à l'appui de son précepte, ou Millot (2), qui croit agir d'après les idées de Burton, Rœderer, A. Petit et Lemoine, on attend une contraction. On recommande à la femme de faire quelques efforts, et l'on commence aussitôt, les deux mains étant toujours fixées comme il a été dit, à faire des tractions sur la tête, que l'on entraîne graduellement dans l'axe des détroits, en même temps qu'on relève peu à peu le tronc de l'enfant, comme pour le renverser sur l'hypogastre de sa mère.

Quand les efforts de l'accoucheur n'ont pas été suffisamment soutenus par les contractions utérines, ou que, pour une raison quelconque, après la sortie des épaules, la tête n'a point opéré son mouvement de flexion et se trouve arrêtée au détroit supérieur, il est quelquefois fort difficile de l'atteindre et plus encore de l'abaisser. Cependant, jusqu'à ce qu'on y soit parvenu, toutes tractions snr le tronc doivent être suspendues; car elles ne tendraient qu'à la renverser davantage. Les mains, placées de la même manière que précédemment, doivent être portées à une plus grande profondeur. C'est alors surtout qu'il serait utile d'appliquer le médius et l'indicateur sur les fosses canines; qu'en les appuyant sur le menton ou dans la bouche, on court risque de n'abaisser que la mâchoire inférieure, qu'on s'expose, en outre, à luxer, à tirailler douloureusement; mais c'est alors aussi qu'il est le plus difficile d'arriver sur ce point de la face; encore, faut-il en convenir, quand on y est parvenu, pour peu qu'il ait fallu employer de force, les doigts glissent et s'en éloignent avec une étonnante facilité; de façon que, le plus souvent, on se voit dans la nécessité de les fixer sur la partie la plus mobile de la face, et la moins propre à supporter la puissance qui doit faire basculer la tête.

---

(1) *Traité des accouch.* etc., p. 208.

(2) *Supplém. à tous les traités*, etc., tome II, p. 43.

Il est donc indispensable de solliciter l'action de la matrice ou celle des muscles abdominaux. Comme les efforts de la femme obligent la branche antérieure ou mentonnière de l'espèce de levier que représente la tête à descendre la première, les moindres tractions exercées sur la mâchoire, de haut en bas, deviennent alors très efficaces. Ceux, au contraire, que l'accoucheur exerce sur le tronc, étant plus particulièrement transmis du côté de l'occiput, tendent naturellement à produire l'inverse de ce qu'on voudrait obtenir. Il est essentiel de ne tirer que sur la face, qu'il y ait ou non, des contractions utérines, jusqu'à ce qu'on ait mis le diamètre occipito-bregmatique de la tête en rapport avec l'un des diamètres du bassin.

A l'inconvénient du renversement de la tête, il s'en joint quelquefois un autre qui ne laisse pas d'être embarrassant. Au lieu de regarder en arrière et à gauche, ou à gauche directement, la face peut s'être tournée plus ou moins en avant, ou bien tout-à-fait en arrière, et le cou se trouver tordu sur lui-même. Dans cet état, toute traction sur le tronc serait dangereuse. Avant d'en exercer aucune, il faut, entre deux douleurs, refouler la poitrine, et, avec les doigts de la main droite, saisir le menton, le décrocher et le diriger vers la symphyse sacro-iliaque, pendant que la main gauche, appuyée sur l'hypogastre, favorise la rotation, puis la flexion de la tête toute entière. Ensuite on se comporte comme précédemment. Peut-être, aussi, serait-il bon alors de tenter le renversement de l'occiput de haut en bas, de manière à le faire descendre le premier, comme Leroux et M. Eckardt en rapportent chacun une observation. Le forceps, que préconisait Plenck, Wrisberg (1), Hamilton (2), toutes les fois que la tête s'arrête au détroit supérieur, pourrait également être appliqué d'après cette idée que défend M. Michaelis.

Dans ce dernier temps de l'opération, on doit penser en outre

---

(1) Merriman, *synopsis of difficult parturit.*, etc., p. 74, 75.

(2) *Planches pour éclairer l'étude des accouch.*

à la respiration du fœtus. Si l'extraction de la tête semble ne pas pouvoir être promptement faite, il serait utile d'abaisser la langue en même temps que la mâchoire avec un ou deux doigts, et de solliciter ainsi l'entrée de l'air dans les poumons. Morlanne (1) insiste, avec raison, sur ce conseil.

§ II. Position occipito-iliaque droite.

Dans la troisième et la sixième position de Baudelocque, on pourrait, à la rigueur, employer la main gauche avec la même facilité que la droite; mais on préfère cette dernière, parce qu'elle oblige à terminer l'accouchement en première position des pieds, qui paraît être un peu plus avantageuse que la seconde, et parce qu'en général on manœuvre plus facilement avec elle qu'avec l'autre.

Que l'occiput donc soit en rapport avec le pubis, le sacrum, la cavité cotyloïde ou la symphyse sacro-iliaque droite, portée en supination dans le premier cas, en pronation dans le second, en demi-supination dans le troisième, et en demi-pronation dans le quatrième, le pouce sur la tempe gauche, et les doigts sur la face et la tempe opposée, la main droite embrasse la tête, la soulève dans l'axe du détroit supérieur, la repousse vers la fosse iliaque droite; gagne ensuite l'oreille du même côté, pour se placer en supination, et pour que, le pouce étant ramené près du bord radial de l'indicateur, elle puisse glisser à plat tout le long du côté droit de l'enfant, saisir les pieds en se retournant en pronation, et agir en tout de la même manière que la main gauche dans la position occipito-iliaque gauche.

ART. 5.—Version podalique dans les positions de la face.

Quand *la face se présente la première*, la manœuvre ne diffère pas sensiblement de celle qu'on met en usage pour les positions du sommet. On introduit la main droite toutes les

(1) *Méthode assurée de délivrer les femmes*, p. 27.

fois que le menton est tourné à gauche, en avant ou en arrière, ou, pour parler d'une manière plus générale et peut-être plus exacte en même temps, on porte la main droite toutes les fois qu'il paraît plus facile de refouler le front vers la fosse iliaque droite que dans le sens opposé, et la main gauche dans tous les cas contraires. Comme les présentations de la face ne sont en réalité que des positions renversées du sommet, elles ne doivent pas exiger une manœuvre différente; seulement, en saisissant la tête, c'est sur le menton et la face au lieu du front, que porte d'abord la paume de la main. C'est le devant du cou, bien plus que le crâne, qu'il s'agit de relever, de redresser, avant d'aller aux pieds; enfin ce sont les yeux, le nez et la bouche, au lieu des sutures et des fontanelles, qui exigent des ménagemens.

ART. 6.—Version podalique dans les positions déviées du crâne.

Les autres positions inclinées, c'est-à-dire celles des tempes, du front ou de la partie postérieure de l'occiput, quand elles ne peuvent être d'abord ramenées aux positions correspondantes du vertex ou de la face, rentrent dans les positions du tronc.

Pour *la tempe*, si l'occiput est à gauche et en avant, on se servira également de la main gauche, qu'on dirigera très loin en arrière pour embrasser le front, comme il a été dit plus haut. Quand l'occiput est en arrière, la main gauche repousse la tempe en plein et tâche de la diriger un peu en avant. La main droite agirait de la même façon si l'occciput correspondait à la moitié droite du bassin.

Le *front*, tenant le milieu entre les positions de la face et du vertex, réclame aussi la main gauche toutes les fois que la face regarde à droite, et la main droite dans les cas opposés.

L'*occiput*, s'engageant en plein, veut la main gauche, lorsque les fontanelles sont à droite, et la main droite dans les positions inverses. La main, en demi pronation, pénètre le long du côté droit du bassin dans le premier cas, du côté gauche dans le second, et tâche d'arriver au front ou du moins au bregma,

qu'elle embrasse aussitôt pour refouler la tête vers la fosse iliaque correspondante.

ART. 7. Résumé de la version podalique pour la tête.

Il résulte de ces détails 1° que, pour la version des pieds, il n'y a que deux positions de la tête ; 2° que ces deux positions elles-mêmes ne diffèrent, quant aux indications pratiques, qu'en ce que l'une réclame plus particulièrement la main droite et l'autre la main gauche ; 3° qu'il suffit de transporter à la main droite les règles qu'on a établies pour la main gauche ; 4° qu'*en définitive toutes les manœuvres de la tête se réduisent naturellement à une seule*, et qu'en les multipliant davantage, on s'engage nécessairement dans des redites fastidieuses, manifestement inutiles, et qui ne sont propres qu'à surcharger la mémoires des élèves.

ART. 8.—Version podalique dans la présentation du tronc.

S'il n'est pas sûr qu'on ait jamais vu, dans un bassin bien conformé, le tronc du fœtus placé de manière que la tête fût tournée directement en arrière ; s'il est difficile de concevoir un pareil phénomène, on a eu tort de soutenir qu'il en est de même pour la partie antérieure du cercle pelvien. Les pubis plus avancés que l'angle sacro-vertébral, les parois molles de l'abdomen faciles à distendre, la concavité postérieure de la symphyse ne repoussent point, comme la saillie rachidienne, la tête sur les côtés de la ligne médiane, et lui permettent de se fixer directement en avant.

Cette dernière position a d'ailleurs été plusieurs fois observée. Aux preuves que la science en possède déjà, j'en pourrais ajouter plusieurs. Une femme, enceinte pour la quatrième fois, et dont les trois premiers accouchemens n'avaient rien offert de particulier, est restée plusieurs jours en travail à mon amphithéâtre. Les élèves l'ont suivie avec soin, et chacun d'eux a pu se convaincre que l'épaule droite était à l'orifice, en même temps qu'à travers les parois très amincies de l'abdomen on sentait la tête, presqu'à nu, au dessus et en avant

de la symphyse du pubis. Toutefois, comme ces positions sont rares et ne changent rien aux règles fondamentales de la manœuvre, je rapporterai, comme je l'ai fait pour la tête, toutes les présentations du tronc à deux principales : une latérale gauche, comprenant la première et la quatrième de Maygrier, M. Capuron, M. Dugès et de madame Lachapelle; et une latérale droite, à laquelle il faut réduire la deuxième et la troisième des mêmes auteurs.

Qu'importe, en effet, à la main qui agit que dans les présentations du côté, par exemple, la tête se rapproche un peu plus ou un peu moins de la ligne médiane antérieure ou de la ligne médiane postérieure du bassin? si on veut saisir l'enfant par le plan postérieur des membres pelviens, il n'en faudra pas moins ramener en première position des pieds avec la main droite et en seconde avec la main gauche. Comme il faut toujours reporter l'enfant le plus près possible de la position transversale, on éprouvera un peu plus de difficulté dans les cas où il s'en éloigne le plus, et un peu moins dans ceux où il s'en rapproche davantage; mais rien n'est changé d'ailleurs, et certes, il n'y a pas là de quoi justifier l'importance qu'ont mise les modernes à discuter la question de savoir s'il fallait ou s'il ne fallait pas admettre les positions céphalo-antérieures du tronc.

J'ai indiqué plus haut les raisons qui me font admettre, comme possibles au moins, les présentations des plans antérieur et postérieur du fœtus. Quoiqu'au fond elles exigent la même manœuvre que celles des régions latérales, j'en dirai quelques mots cependant, et je passerai successivement en revue les positions du côté, du plan postérieur et du plan antérieur, en ayant soin, toutefois, de n'insister que sur celles auxquelles on doit ramener la plupart des autres.

§ 1. Positions de l'épaule et du côté.

En suivant l'ordre numérique pour indiquer les positions, on est tombé dans une telle confusion, qu'il est presqu'impossible aux élèves de s'entendre entr'eux; s'il arrive qu'ils

n'aient pas étudié le même ouvrage. Ainsi, pour ne pas sortir des positions du tronc, la tête se trouve en devant dans la première d'après Baudelocque, en devant et à gauche d'après Maygrier, et à gauche directement selon Gardien. Or, comme cette manière de procéder est entièrement arbitraire, et que rien ne peut empêcher un accoucheur d'appeler première position, s'il le trouve plus commode, ce qu'un autre nommera la troisième, j'ai pensé pouvoir ranger toutes les présentations de l'épaule sous le titre de position *céphalo-pubienne* ou antérieure, *céphalo-vertébrale* ou postérieure, et *céphalo-iliaque*, gauche ou droite. C'est le moyen d'éviter toute espèce d'ambiguité et de réduire à leur juste valeur les nombreuses classifications qui se sont succédé en France depuis Salayrès.

A. Épaule gauche.

I. *Position céphalo-iliaque gauche*. Dans cette position, la tête, placée à gauche, peut être arrêtée au-dessus du trou sous-pubien, de la symphyse sacro-iliaque ou de la fosse iliaque elle-même. Se rapportant aux variétés correspondantes des positions du sommet, ses différentes nuances doivent être manœuvrées comme la position occipito-iliaque gauche. Seulement, au lieu de la tête, c'est l'épaule qu'on repousse, et au lieu de placer le pouce et les doigts sur les tempes, c'est sur le dos et le devant de la poitrine qu'on les applique. En réalité, la version ne diffère ici de celle du vertex qu'en ce que la tête est déjà relevée ou renversée, et que le premier temps de l'opération se trouve naturellement effectué.

On introduit la main gauche. Le pouce prend un point d'appui sur la face antérieure du moignon de l'épaule ou du sternum. Les autres doigts glissent derrière le scapulum ou la poitrine, et le petit doigt reste tourné vers l'occiput de l'enfant.

Pour se conformer à cette règle, on devra porter la main en demi-supination, en supination ou bien en pronation plus ou moins complète, suivant que le vertex est plus ou moins rapproché de la symphyse pubienne, de l'angle sacro-vertébral

ou de la fosse iliaque. Après avoir soulevé l'épaule, en ayant soin de la repousser en même temps en arrière pour que le plan antérieur du fœtus regarde un peu en bas, on tâche de refouler la tête vers le milieu de la fosse iliaque si elle en était trop éloignée d'abord; ce qui exige souvent une combinaison habile des efforts de la main qui presse l'hypogastre et de ceux de la main qui manœuvre dans la matrice. Ensuite, le pouce abandonne le sternum et va se placer à côté de l'indicateur. Pour le reste, on se conduit comme il a été dit en parlant de la position occipito-iliaque gauche.

Lorsque la tête est tout-à-fait en avant, ou même lorsqu'elle se rapproche plus ou moins de la cavité cotyloïde droite, on peut encore agir comme précédemment. Seulement il faut que, pour embrasser l'épaule, la main se tourne en supination forcée, et qu'après l'avoir soulevée, on reporte la tête de droite à gauche, autant qu'on le peut vers la fosse iliaque, en agissant principalement avec le pouce exactement appliqué sur le sternum.

Quand elle est très-rapprochée de la ligne médiane postérieure (position dorso-iliaque droite), on ne pourrait que difficilement la ramener sur l'extrémité gauche du grand diamètre pelvien, parce qu'alors c'est la poitrine seule qui cède, tandis que la tête reste dans sa position primitive. Pour vaincre cette difficulté, il faut, pendant que le pouce et l'indicateur maintiennent la partie supérieure du thorax, étendre les doigts jusqu'à l'occiput et s'en servir pour repousser la tête, d'arrière en avant et de droite à gauche, comme si on voulait la faire basculer de l'occiput vers le menton.

II. *Position céphalo-iliaque droite.* La manœuvre est en général beaucoup plus difficile dans cette position que dans la précédente, car on ne peut guère la terminer, à moins d'en faire auparavant une position céphalo-iliaque gauche, ou bien de la transformer en position du côté droit. Or, dans l'un de ces cas comme dans l'autre, on est forcé d'imprimer au fœtus des mouvemens tellement étendus que, pour peu qu'il soit comprimé dans la matrice, sa vie se trouve fort souvent exposée aux plus graves dangers. C'est certainement ici qu'il convien-

drait de ramener la tête à l'orifice pour appliquer ensuite le forceps, plutôt que de faire la version par les pieds.

Quoi qu'il en soit, s'il n'y a que peu de temps que les eaux se soient écoulées, si même la poche n'est pas rompue, si enfin l'enfant jouit encore d'une certaine mobilité, le mieux est de le ramener à la position dorso-sacrée ou dorso-iliaque gauche. On peut y parvenir de deux manières différentes.

A moins que la tête ne se trouve plus près de la symphyse sacro-iliaque que de la cavité cotyloïde droite, on peut, en tournant très-fortement la main en supination, embrasser l'épaule comme dans les cas ci-dessus, c'est-à-dire de manière que le pouce tende à gagner le sternum, pendant que les doigts restent derrière le thorax, le petit doigt vers la tête. Alors on repousse, en le soulevant peu-à-peu, le vertex en avant. Ensuite la main se rapproche d'autant plus de la pronation dans le cours de l'opération, que l'occiput se porte davantage du côté de la fosse iliaque gauche.

S'il était trop difficile de faire parcourir ainsi, de droite à gauche, la plus grande étendue du demi-cercle antérieur du bassin, à l'extrémité céphalique du fœtus, on pourrait, après avoir soulevé l'épaule et la tête au-dessus des pubis, aller immédiatement accrocher les pieds ou les genoux, en suivant le côté gauche. Les membres pelviens une fois saisis, le pelotonnement forcerait la tête, déjà repoussée d'ailleurs par l'avant-bras qui est dans l'utérus, à se relever, à gagner le fond de l'organe gestateur. Mais, dans ce cas, il faudrait redoubler de soins pour que le plan dorsal du fœtus ne vînt pas se mettre en rapport avec le plan postérieur de la matrice.

Si l'épaule était tellement disposée que la tête fût au-dessus de la symphyse sacro-iliaque droite, c'est-à-dire dans la troisième position de Maygrier, ou plus rapprochée encore de l'angle sacro-vertébral, la main gauche, introduite en pronation forcée, pourrait tenter de soulever l'épaule et de faire passer la tête de la symphyse sacro-iliaque droite au-dessus de la symphyse sacro-iliaque gauche; mais, si cette manœuvre offre quelquefois un peu plus de facilité que la précédente, il faut dire aussi qu'elle est peut-être plus dangereuse, attendu que

si les deux ou trois derniers doigts n'agissent pas avec force sur l'occiput, pendant que le pouce et l'indicateur refoulent le haut de la poitrine, on court le risque de n'opérer que le renversement de la tête sur le dos en cherchant à la déplacer.

Si les membranes sont rompues depuis long-temps, si la matrice est fortement rétractée et qu'on ne puisse que très difficilement faire mouvoir le fœtus, il est une troisième manœuvre qu'on doit préférer alors et qu'il serait peut-être bon de mettre en usage aussi dans les autres cas. Elle consiste à refouler l'épaule avec la main droite, d'arrière en avant comme pour faire rouler le rachis sur son axe, à tenter ensuite de gagner le côté droit en glissant sur le devant de la poitrine, pendant qu'avec la main gauche on renverse fortement l'utérus en arrière; enfin à saisir les pieds, le droit le premier, pour les ramener en première position.

III. En *résumé*, toutes les positions du côté gauche peuvent être manœuvrées avec la main gauche. En ne perdant point de vue que le pouce doit toujours correspondre au plan sternal, les doigts au plan dorsal, et le bord cubital de la main à la tête de l'enfant; en se rappelant qu'avant d'aller chercher les pieds, on doit s'efforcer de repousser le vertex aussi près que possible de la fosse iliaque gauche, le praticien saura tout ce qu'il est essentiel de connaître sur la manœuvre du plan latéral gauche. S'il voulait se servir de la main droite, comme il aurait d'abord pour but de relever l'épaule gauche, afin d'atteindre ensuite plus facilement l'épaule et le côté droit, ce cas rentrerait évidemment dans la position de l'épaule droite proprement dite, et que je vais examiner actuellement.

B. Épaule droite.

Ce que je viens de dire des positions de l'épaule gauche étant rigoureusement applicable à celles de l'épaule droite, il serait fastidieux d'entrer dans de nouveaux détails à l'occasion de ces dernières. Je dirai seulement qu'ici la main droite remplit le rôle que remplissait tout-à-l'heure la main gauche; que c'est vers la fosse iliaque droite qu'on reporte la tête avant

d'aller aux pieds; enfin, qu'on termine en première des pieds, et non plus en seconde. Après tout, il suffit, pour n'avoir pas besoin de descriptions particulières dans les positions de l'épaule, de savoir que la main droite va toujours au côté droit, la main gauche au côté gauche, et que dans tous les cas les doigts doivent être avec le fœtus dans les rapports indiqués plus haut.

Je rappellerai, toutefois, que ces règles ne peuvent point être absolues ; que leur connaissance rend simplement l'opération un peu plus facile ; qu'elles peuvent être modifiées d'une infinité de manières; qu'elles sont principalement établies pour les jeunes médecins que l'expérience n'a pas encore suffisamment éclairés, et qui ont besoin d'un certain nombre de jalons pour sortir heureusement du labyrinthe de la pratique; enfin que, dans les cas où la main est portée dans la matrice avant la déchirure des membranes, que l'enfant se présente par le côté droit ou par le côté gauche, et dans quelque position que soit l'épaule, on peut arriver directement aux pieds presque avec la même facilité au moyen de l'une ou l'autre main.

§ 2. Présentations du sternum.

A. La *position céphalo-pubienne* du sternum pourrait, à la rigueur, tout aussi bien rentrer dans la position céphalo-iliaque gauche, que dans la position céphalo-iliaque droite; mais on la réduit plutôt à cette dernière, parce qu'elle se termine en première des pieds.

B. Dans la *position céphalo-iliaque droite*, c'est la main droite qu'il faut choisir. On la porte en supination si la tête est en avant, en pronation dans le cas contraire, et entre ces deux positions si la tête est franchement à droite. De toute manière, il faut refouler la partie qui s'engage, jusqu'à ce que le tronc du fœtus soit concave au lieu d'être convexe, sur son plan antérieur. Ensuite, on tâche d'arriver à l'épaule droite, derrière laquelle les doigts s'appliquent pendant que le pouce reste sur la face antérieure du thorax. Dès-lors, il n'y a plus

qu'à faire basculer légèrement le diamètre bis-acromial, qu'à en abaisser un peu l'extrémité postérieure, en agissant sur lui comme sur un levier du premier genre, dont le point d'appui est représenté par le pouce et la puissance par les doigts. Cela fait, la position ne diffère plus, par aucun caractère, de la position correspondante du côté droit. Pour le reste, elle se manœuvre en tout de la même manière.

C. *Dans la position céphalo-iliaque gauche*, la main gauche fait ce que la main droite doit faire dans la position opposée. Elle refoule la poitrine, embrasse l'épaule gauche, l'abaisse un peu, rapproche la tête de la fosse iliaque si elle en était trop éloignée, obtient ainsi une position dorso-sacrée de l'épaule gauche, et le reste de la manœuvre n'a plus rien de spécial.

§ 3. Présentations du dos.

A. *Position céphalo-iliaque droite.* Si la tête est à droite, en avant ou en arrière, dans les positions du dos, on emploie la main droite comme dans celles du sternum et d'après les mêmes règles. En conséquence, on la dirige en demi-pronation, en supination, ou en pronation plus ou moins complète, selon que la tête regarde à droite, en avant ou en arrière; mais de façon que le pouce aille toujours passer au devant de l'épaule droite et de la poitrine, pendant que les doigts restent sur le plan dorsal. Il s'agit d'abord d'abaisser cette épaule pour faire remonter l'autre, ensuite de la repousser elle-même, en s'en servant comme de la branche puissante d'un levier que tend à mouvoir le pouce, et d'obliger le fœtus à rouler sur son grand axe, jusqu'à ce que la position du dos soit transformée en position correspondante ou dorso-sacrée de l'épaule droite.

Ce mouvement demande beaucoup de ménagemens; car si la tête ne suit pas celui qu'on imprime au tronc, la moelle cervicale court le plus grand risque d'être déchirée ou violemment tordue dans le second temps de l'opération. On évite autant que possible ce danger, en refoulant la poitrine très loin en arrière et en haut, de manière à donner une grande

profondeur à la courbure du plan antérieur du fœtus ; ou bien, s'il le fallait absolument, en saisissant la tête elle-même pour forcer la face à se tourner en avant et en bas.

B. *Position céphalo-iliaque gauche.* La main gauche va saisir l'extrémité gauche du diamètre bis-acromial, les doigts sur le dos, le pouce au-devant de l'épaule gauche ou du sternum, et le bord cubital tourné du côté de l'occiput. Pendant qu'on fait tourner le tronc sur son axe occipito-coccygien, on essaie d'entraîner la tête dans le même mouvement et de la rapprocher de la fosse iliaque, s'il est nécessaire. En un mot, la main gauche agit ici comme la main droite dans les positions opposées. Des positions du dos elle fait des positions du côté gauche, qu'elle termine ensuite en seconde position des pieds.

ART. 8. Version podalique dans les présentations du pelvis.

Les manœuvres, dans les positions du pelvis, se réduisent, en quelque sorte, au dernier temps, au temps d'extraction de celle des positions de la tête ou du tronc. Il me suffira donc d'ajouter quelques mots à ce que j'en ai dit plus haut, pour compléter ce qui la concerne.

Bien qu'à la rigueur on puisse aisément se servir de la main droite pour toutes les positions qu'il convient de terminer en première des pieds, et n'employer la gauche que dans les positions opposées, il est cependant mieux de faire tout le contraire. Avec la main droite, on peut, dans toutes les positions dorso-pelviennes droites, repousser une fesse, ou même les deux, vers la fosse iliaque droite, ramener les positions inclinées aux positions centrales, et saisir les membres par leur région antérieure sans être obligé de prendre une attitude embarrassante ; tandis qu'avec la main gauche on ne souleverait que difficilement le siége, et qu'il serait moins facile encore d'atteindre les pieds, pour peu qu'ils fussent éloignés de l'orifice. Enfin, en se servant de la main correspondante au côté du bassin de la mère, vers lequel doivent être tournés les talons de l'enfant pendant qu'ils descendent, la demi-pronation met naturellement la face palmaire des doigts en avant et de

côté. On se trouve, par conséquent, dans les conditions les plus favorables possibles pour s'opposer à ce que le dos du fœtus se porte du côté de la symphyse sacro-iliaque, et l'obliger, au contraire, à se tourner vers les cavités cotyloïdes. On peut aussi tirer avec toute la force que pourront réclamer les circonstances; avantages qu'on n'obtiendrait pas en adoptant un ordre inverse pour l'application des mains.

Toutes les fois qu'on voudra terminer en première des pieds, c'est-à-dire, quand le plan dorsal de l'enfant regardera plus ou moins à gauche du bassin, ou même directement vers le pubis ou le sacrum, on introduira la main gauche. La main droite sera, au contraire, préférée dans les autres cas.

§ 1. Positions des pieds.

Avant la rupture des membranes, les positions des pieds se distinguant à peine des positions du siége, il ne peut guère en être question qu'après cette rupture. Alors l'accoucheur peut être appelé dans deux circonstances qu'il importe de ne pas confondre : ou bien les pieds n'ont point encore franchi la vulve, ou bien le tronc est déjà plus ou moins complètement sorti.

Dans le premier cas, si les deux pieds se présentent ensemble à l'orifice ou dans le vagin, il suffit de les saisir et de les entraîner pour que les jambes et les cuisses s'étendent à l'instant, et que les hanches arrivent promptement au détroit inférieur. Si on n'en trouve qu'un, on fait d'abord quelques tentatives pour atteindre l'autre, ce qui n'est que rarement difficile. Si pourtant on n'y parvenait pas, il faudrait abaisser le premier, le fixer au moyen d'un lacs, et se servir de son côté interne pour aller à la recherche du second, qui peut se trouver renversé vers le siége, fortement porté dans l'abduction, ou replié sur le ventre avec la jambe et la cuisse.

Dans le second cas, la présence des pieds n'offre aucune indication particulière. Il n'y a plus qu'à tirer, comme il a été dit en parlant de la version des positions de la tête, sur les

diverses parties qui sont encore renfermées dans le sein de la mère.

Une précaution essentielle quand on entraîne l'enfant par les pieds, est de s'y prendre de telle sorte qu'à l'instant où la tête traverse les détroits, l'occiput puisse regarder un point de la demi-circonférence pelvienne antérieure. La chose est facile, et jamais le praticien habile n'y manquera, s'il va lui-même chercher les pieds pour une présentation de la tête ou du tronc. Mais il n'en est plus de même lorsque le pelvis se présente spontanément au détroit supérieur. Des tractions intempestives ou maladroites peuvent avoir été tentées en son absence, quand il arrive près de la femme. Les hanches peuvent être déjà au-dehors et la face tournée en avant.

La position des pieds, quand le plan dorsal du fœtus est dirigé en arrière, peut donner lieu à trois cas particuliers : 1° les pieds sont encore au détroit supérieur ou dans le vagin ; 2° l'accouchement abandonné à lui-même ne se complique d'accidens, ou ne donne la certitude qu'il faut l'aider de la main, que lorsque les membres pelviens et même les hanches sont déjà sortis ; 3° on a tenté la version pour une position quelconque de la tête et du tronc, les pieds ont été amenés, mais on a manqué de faire rouler l'occiput en avant.

Je suppose la première hypothèse : on doit, après avoir saisi les jambes suivant les règles mentionnées ci-dessus, essayer de diriger le dos, d'abord vers la symphyse sacro-iliaque ou la fosse iliaque, puis vers la cavité cotyloïde. A chaque traction que l'on exerce, quand les hanches approchent du détroit périnéal, on les embrasse avec les mains, allongées d'ailleurs sur la face externe des cuisses, et, entre deux douleurs, on refoule tout le tronc comme si on voulait le faire remonter au-dessus du détroit supérieur. Aussitôt que la matrice, qui s'est ainsi trouvée momentanément distendue, menace de se contracter, on tire subitement sur le bassin, en même temps qu'on tente de faire exécuter au reste du corps de l'enfant un mouvement de rotation sur son axe. De cette manière, dit Baudelocque, on agrandit d'abord l'utérus, et, comme on cherche à le vider ensuite avec rapidité, cet organe est en

quelque sorte surpris, et ne peut pas revenir assez promptement sur lui-même pour empêcher la tête de suivre la rotation qu'on imprime au reste du tronc. On renouvelle ces tentatives une, deux, trois, dix ou quinze fois, selon le besoin; c'est-à-dire jusqu'à ce que la position antérieure ait remplacé la position postérieure, ou qu'on ait reconnu l'impossibilité d'opérer un pareil changement. Quand on réussit, il n'y a plus de difficultés particulières, et, dès lors, la manœuvre est la même que celle des pieds en général; mais je ferai remarquer plus bas que Baudelocque s'est évidemment abusé sur la valeur de cette manœuvre.

Quand on a perdu tout espoir de succès, il faut bien se résigner à laisser venir la face en dessus. Alors on redouble de précautions pour empêcher le menton de s'écarter de la poitrine. Les bras doivent être dégagés, le postérieur le premier, en les tirant d'arrière en avant et de la tête vers le thorax. Aussitôt après, deux ou trois doigts de chaque main seront portés vers les deux extrémités du diamètre occipito-mentonnier. On tâchera de refouler la tête, de la soulever pour lui donner plus de liberté, et enfin de lui faire exécuter un mouvement de pivot, qui porte peu à peu la face en arrière.

En supposant qu'il ne soit pas possible de retourner ainsi l'occiput, on tirerait sur les épaules et la poitrine, en les renversant plutôt en arrière qu'en avant, et de manière à faire sortir le menton, le front et la fontanelle avant l'occiput. Si ces tractions étaient inutiles, on aurait recours à l'application du forceps.

Dans le second cas, pourvu que la tête ne soit pas encore arrivée aux détroits, on doit se comporter comme dans le premier, c'est-à-dire qu'il faut refouler le fœtus chaque fois que l'on veut essayer de lui imprimer un mouvement de rotation. Seulement on doit s'attendre à réussir plus rarement encore.

Dans le troisième, ces essais ne servent à rien. On peut les négliger, et dégager immédiatement les bras, s'ils ne le sont déjà. Ensuite, pour la tête, on se conforme aux préceptes établis plus haut. On porte quelques doigts vers le menton, qu'on tâche de faire tourner à droite ou à gauche, pendant qu'avec

l'autre main on fait des efforts sur l'une des épaules ou l'occiput, pour favoriser la rotation complète de la tête et du tronc, et ainsi de suite.

§ 2. Positions du siége.

Comme la présence des genoux n'apporte aucune difficulté par elle-même à l'accouchement; comme elle ne change rien aux principes, ni même aux détails pratiques de la manœuvre; comme il suffit d'un ou de quelques doigts pour les dégager ou leur donner une position régulière quand ils sont dans le vagin; comme enfin, lorsque cette présentation ne rentre pas dans celle du siége, il est toujours facile de la ramener aux positions des pieds, je ne lui consacrerai pas d'article particulier, et je passe immédiatement à celles des fesses.

C'est la main gauche qui doit être préférée dans les positions du siége, de même que pour celles des pieds, toutes les fois que le dos est plus ou moins tourné à gauche. On adopte la main droite pour les positions opposées. L'enfant étant en double, les cuisses et les jambes relevées contre l'abdomen, si les hanches ont franchi l'orifice, et qu'elles soient descendues dans l'excavation, ou bien au détroit inférieur, on accroche l'aine qui regarde en arrière avec un ou deux doigts, pendant que le pouce de la même main s'applique sur la face externe de la hanche antérieure. Si on éprouve de la résistance, il y a quelque avantage à remplacer le pouce par un ou deux doigts de l'autre main. Si cela ne suffit pas encore, les crochets mousses sont alors indiqués. Quand les fesses sont si avancées, qu'on ne peut ni les repousser pour aller aux pieds, ni les tirer avec les doigts, Peu (1) veut qu'on passe un lacs au-dessus des aines avec un crochet mousse et fenêtré; mais l'application et l'efficacité de ce lacs seraient moins faciles, et moins sûre que celles du crochet lui-même. Aussitôt que les hanches ont traversé la vulve, il est en général très-aisé d'al-

---

(1) *Pratiq. des accouch*, etc., p. 428

longer les membres, et pour la suite ce n'est plus qu'un accouchement par les pieds.

Avant la déchirure des membranes, et lorsque le siége n'est pas encore assez fortement engagé pour qu'il soit impossible de le repousser au-dessus du détroit supérieur, que le fœtus soit en double ou simplement comme accroupi, on doit toujours tenter de saisir les pieds.

Pour refouler les fesses, la main est portée au-dessous d'elles et sur la face postérieure des cuisses. Le pouce se place sur la hanche antérieure, et les doigts sur la hanche opposée; ou bien, quand le fœtus est encore très-mobile et très-élevé, on se contente d'appliquer le pouce sous un ischion, et le bout des doigts au-dessous de l'autre. On pousse ensuite le pelvis vers la fosse iliaque correspondante à la main qui manœuvre. Puis, en glissant sur le côté externe du membre pelvien, qui regarde le sacrum, on va saisir les pieds, qu'on abaisse, pour embrasser la région antérieure des jambes et terminer comme dans une position correspondante des pieds; c'est-à-dire en première, si la main gauche a été préférée, et en seconde, si c'est la main droite.

Au demeurant, la manœuvre du pelvis n'offre que deux indications particulières : 1° l'entraîner avec les doigts ou des crochets, quand il est trop descendu pour pouvoir être refoulé; 2° le déplacer, toutes les fois que la chose est possible, afin de faire passer les pieds les premiers. Dans les deux cas, quand on n'agit qu'avec une seule main, dont la paume est tournée comme pour glisser sur l'abdomen et la poitrine de l'enfant, l'accoucheur n'a besoin, pour se diriger sûrement, que de la règle suivante : que les doigts aillent toujours se placer sur l'ischion ou la hanche *opposée*, et le pouce sur les mêmes parties *correspondantes* à la main qui manœuvre. Si les membres étaient renversés sur le plan dorsal, au lieu d'être tournés vers l'abdomen, on devrait agir sur les cuisses comme on le fait sur les bras quand on les dégage au détroit inférieur. Le pouce, fixé dans l'aine, servirait de point d'appui. Les doigts, conduits vers le jarret, représenteraient la puissance, et le genou serait obligé de s'abaisser en entraînant la jambe. Les deux

membres devraient être ainsi ramenés ensemble ou successivement à leur position naturelle. De quelque manière qu'ils se présentent, il vaut mieux les faire descendre tous les deux, qu'un seul à la fois. Cependant, quand on éprouve trop de difficultés, il serait imprudent de s'obstiner à vouloir les faire venir simultanément. Si déjà il y en avait un de sorti, l'antérieur, par exemple, et qu'il fût impossible d'avoir l'autre, dans la plupart des cas l'accouchement n'en serait pas rendu beaucoup plus difficile. On s'en servirait pour exercer des tractions pendant que l'indicateur et le médius ou un crochet seraient portés sur l'aine postérieure, comme il a été dit tout-à-l'heure. Si le membre antérieur, au contraire, se trouve seul retenu au-dessus du détroit, il est plus important encore que dans le cas opposé, de l'attirer auprès de l'autre, parce qu'ici on n'arrive pas aussi facilement sur l'aine, et surtout parce que l'action du crochet n'a plus le même avantage.

ART. 9. Remarques générales sur la version.

Avant de finir, je répéterai qu'en pratiquant la version par les pieds, on ne doit jamais perdre de vue que la tête ne peut parcourir qu'un quart de cercle dans son mouvement de rotation sur le rachis, sans se luxer ou tirailler la moelle d'une manière dangereuse; qu'en général, la tête ne suit point le tronc à l'aide duquel on essaie de la faire tourner; qu'on ne peut, dans aucun cas, affirmer qu'elle a roulé sur son axe, par cela seul que le dos, par exemple, qui était d'abord en arrière, a été ramené en avant; que, par conséquent, dans quelque espèce de manœuvre que ce soit, on commettrait réellement une faute des plus graves, si l'on faisait exécuter au corps de l'enfant un mouvement de pivot porté au-delà d'un quart de cercle, avant de s'être assuré que la tête en a fait autant.

L'observation ayant prouvé que la mort du fœtus, dans la version par les pieds, arrive le plus souvent par défaut de circulation, soit à cause de la compression du cordon, soit par suite du décollement du placenta, on a pensé pouvoir la prévenir en éta-

blissant la respiration dans la matrice même. Pugh (1) est le premier, je crois, qui ait eu cette idée. M. Bigelaw (2), qui l'a reproduite, porte deux doigts dans la bouche pour l'entrouvrir, et y introduire un tube à la manière de Pugh. Il s'appuie, dit-il, sur cinq exemples de succès. M. A. Baudelocque (3) qui donne le même conseil, veut en outre qu'on coupe le cordon. Mais la respiration, soit naturelle, soit artificielle, est trop difficile à déterminer dans le sein de la mère, et la section du cordon avant la sortie de l'enfant peut entraîner trop de danger pour qu'on adopte sans crainte le secours d'un pareil moyen.

Je ne puis pas, non plus, abandonner ce sujet, sans revenir un moment sur cette manœuvre, conseillée par Baudelocque dans le but de ramener en devant le dos du fœtus, et dont il a été parlé quelques pages plus haut. On aurait tort, à mon avis, de compter beaucoup sur de pareilles tentatives. Si la matrice n'est que légèrement resserrée, il est inutile d'agir de la sorte. Quand, au contraire, le fœtus est fortement comprimé, les efforts qu'on exerce sur lui, de bas en haut, n'arrivent que rarement jusqu'à la tête, et, même alors, ils ne changent certainement pas assez la disposition générale de l'utérus pour que la mobilité de l'enfant en soit sensiblement augmentée. Ce n'est pas tout : s'il n'est pas sûr qu'on puisse, par ce moyen, rendre la rotation de l'occiput plus facile, il me paraît évident que l'abdomen, la poitrine et même la portion cervicale du rachis ne supporteraient pas toujours sans danger les diverses sortes de pressions et de torsions auxquelles ils seront nécessairement soumis. Enfin, pour rendre ma pensée tout entière, je dirai que ce précepte de Baudelocque me semble être le fruit de l'esprit, bien plus que de l'observation, et que les modernes auraient au moins dû, avant de le reproduire, chercher à s'en rendre compte et le soumettre à un nouvel examen.

(1) *Treat. of midwif.* 1754. Merriman, p. 176.

(2) *Journal des progrès*, etc., 2e série, t. II, ou *Journal of mid. sc.* 1829.

(3) *Archiv. gén. de méd.*, séances de l'académie, etc., ou *Rev. med*, 1831, t. IV, p. 505. — P. François, *Thèse*. n° 71, Paris, 1832.

Dans son mémoire sur la version et les accouchemens par les pieds dans lesquels le dos de l'enfant regarde le dos de la mère, M. Michaelis (1) remarque que tous les auteurs allemands, et Siebold en particulier, conseillent d'observer avec attention dans quel sens l'enfant tend à se tourner avec le plus de facilité, et de chercher à ramener la face vers le sacrum. Si la tête et le menton sont placés sous la symphyse pubienne, il faut, selon M. Ritgen (2), la changer à l'instant même ; car la compression du cordon amènerait infailliblement la mort du fœtus. C'est aussi la doctrine de Mauriceau et de Levret comme celle de Baudelocque.

Mais on ne réussit pas toujours à opérer cette conversion, et, malgré douze ans d'habitude, dit M. Michaelis, il m'a souvent été impossible d'y parvenir. On reconnaît qu'elle sera difficile lorsqu'en allant chercher le fœtus, on a trouvé l'utérus fortement contracté et toutes les eaux écoulées.

Lorsqu'on cherche à reporter la face vers le sacrum, on ne fait guère que contourner la colonne vertébrale sans agir sur la tête.

Ces fausses positions viennent presque toujours d'une mauvaise direction ou d'une configuration vicieuse de l'utérus, qui, chez les femmes dont le ventre est pendant, forme une courbe à concavité tournée vers la colonne vertébrale ou le diaphragme et à convexité inférieure ou antérieure.

Supposons qu'on puisse faire tourner la tête de l'enfant en agissant sur les fesses, il y aurait encore à craindre que les bras ne prissent une position défavorable, ne vinssent à croiser la nuque, par exemple, et à se laisser prendre entre le pubis et le cou.

Lorsqu'on n'a pu agir que sur les fesses et les épaules, la tête descend le plus souvent dans le vagin la face en haut ; d'où il suit qu'il faut renoncer à tout effort lorsque la version ne s'opère pas aisément.

---

(1) p. 263, pl. 3, fig. 1, 2, pl. 4, fig. 3, 4, pl. 5, fig. 5, 6, pl. 6.

(2) *Anzeigen der meckanischen Hülfen*, etc., 1820.

On doit encore éviter avec soin pendant cette opération, 1° la compression du cordon; 2° de ramener les bras; 3° de faire descendre la tête dans une position favorable. Le premier cas est rare. Le cordon glisse à droite ou à gauche, et ne reste pas fixé au sommet du menton. Ce sont des essais de version qui prolongent ici la compression; il suffit, en conséquence, d'éloigner cette tige du pubis pour obvier à tous les inconvéniens qui pourraient en résulter.

Les bras descendent quelquefois d'eux-mêmes lorsque l'accouchement ne se fait pas trop vîte, sinon il faut les dégager en tournant l'enfant sur le côté. Dans deux cas, M. Michaelis assure les avoir abaissés en les tournant en arrière, le cordon ne donnant plus de pulsations; la tête peut descendre dans cette position aussi facilement que dans toute autre.

Quelquefois le menton descend derrière une des branches horizontales du pubis, et alors la conversion en position occipito-antérieure est facile.

Plus souvent il reste comme accroché sur la symphyse; mais la partie antérieure du cou, appliquée contre cette symphyse, permet à l'occiput de descendre dans le vagin, et alors la face se tourne d'abord vers le côté du bassin, puis vers le sacrum, et l'accouchement ressemble à celui qui a lieu dans les cas ordinaires.

Les objections qu'on pourrait faire à cette doctrine sont les suivantes: 1° L'enfant peut-être, dit-on, tué par la compression et l'extension du cou; mais cette compression n'a pas lieu sur la trachée artère. L'accoucheur a soin de relever le fœtus sur le ventre de la mère, et le cou ne reste ici que quelques minutes dans une position qui dure plusieurs heures dans les présentations de la face. 2° On est obligé de moins compter sur les forces de la nature. M. Michaelis répond que chaque fois que dans des cas semblables il a usé du forceps, la tête est descendue avec une telle facilité qu'il a regretté de n'avoir pas abandonné la nature à elle-même. On applique le forceps en suivant la direction du cou, et le corps de l'enfant doit être soulevé horizontalement par un aide. Il faut, contre l'opinion de Froriep, que l'instrument soit placé au-dessous de l'enfant.

Si on objectait que l'occiput peut être arrêté par le promontoire, l'auteur répond qu'il n'a point d'exemple d'une pareille difficulté. Il faudrait voir alors lequel serait le plus facile à dégager de l'occiput ou du menton. En repoussant celui-ci au-dessus de la symphyse, on est toujours sûr de dégager du promontoire la partie postérieure de la tête.

En résumé donc,

Dans les cas de version, ou d'accouchement par le pelvis, si l'enfant se tourne mal, il ne faut s'y opposer qu'autant qu'on est sûr de ne point imprimer de torsion à la colonne vertébrale ou au cou ; car il peut venir au monde même dans cette fausse position.

Quant à la tête en particulier, il ne faut rien faire pour en empêcher le faux mouvement. Tant que l'occiput et le menton sont à la même hauteur, on peut abaisser le menton comme dans les cas ordinaires. Mais lorsque l'occiput est descendu dans le sacrum, il ne faut pas le repousser, l'accouchement pouvant s'effectuer de cette manière.

Quand toute la tête est descendue dans l'excavation, il est absurde de vouloir, à l'imitation de Siebold, repousser l'occiput en haut ; car rien n'est plus facile que d'achever l'accouchement au moyen du forceps, qu'il faut toujours appliquer de façon à ce qu'il soit placé au-dessous du corps de l'enfant. Cette doctrine, que j'ai déjà exposée en partie d'après mes propres réflexions, à l'occasion des faits observés par Leroux (1) et M. Echardt (2), me paraît mériter l'attention des praticiens.

La *version*, *dans le cas de fœtus multiples*, n'offre aucune particularité qui ne se trouve exposée aux articles *grossesse*, *fœtus*, *dystocie*. Mauriceau (3), G. De La Tourette (4), et beaucoup d'autres recommandent alors de ne pas confondre

---

(1) *Observat. sur les pertes*, etc. 1773.

(2) *Thèse*, Strasbourg, 25 pluv., an XI.

(3) *Maladies des femmes grosses*, etc., p. 191.

(4) *Art des accouch*, etc., tome II, p. 87, 91.

les membres des divers fœtus; mais, ainsi que Dionis (1) le fait déjà remarquer, toute précaution à cet égard est inutile. Puisque chaque fœtus a son enveloppe spéciale, on ne doit craindre de voir leurs membres se mêler que dans les cas très-rares où les œufs multiples viendraient à se rompre simultanément. Le nombre des enfans est d'ailleurs loin d'exiger toujours par lui-même l'emploi de la version. M. Lacroix (2) dit qu'une femme âgée de 32 ans est accouchée de quatre enfans vivans, au terme de huit mois, le 15 octobre 1833, à Saint-Sardore (Tarn-et-Garonne). Le premier pesait cinq livres et demie, le second quatre livres un quart, le troisième trois livres, le quatrième deux livres et quelques onces. C'étaient quatre filles. Toutes les quatre sont venues sans secours.

ART. 10.—Présentation du bras.

La sortie du membre thoracique ne constitue point, par elle-même, une position ; elle ne forme qu'une complication des autres présentations, de celle de l'épaule en particulier. On a vu, mais rarement, les deux bras se présenter ensemble à la vulve. A moins qu'ils n'y eussent été amenés par des manœuvres inconsidérées, ils ne pourraient ainsi descendre tous les deux que dans quelques positions du dos ou du sternum. Il est moins rare d'en trouver un à la vulve et l'autre simplement engagé dans le col. On prétend aussi, avec De La Motte (3) et Smellie (4), les avoir sentis à l'orifice en même temps que les pieds ; au point même, dit M. Capuron (5), que quelques accoucheurs ont eu l'imprudence de tirer à la fois sur un bras et sur un pied. On voit en outre, par une observation de Rœderer (6), que la main, le pied et la face peu-

---

(1) *Traité gén.*, *des accouch.*, etc., p. 257.

(2) *Journal des connaiss. méd.* tome I, p. 160.

(3) *Traité compl. des accouch.*, etc., p. 512, obs. 283.

(4) *De la théorie et de la pratiq.*, etc., tome IV, p. 57, pl. 31.

(5) *Accouch. avec sortie du bras*, etc., Paris, 1828, p. 11.

(6) *Art des accouch.*, trad. fr. p. 430, obs. 3.

vent se présenter ensemble. Il est au moins certain qu'ils peuvent précéder la tête au détroit supérieur, et quelquefois au détroit inférieur. Si l'existence du bras ou de la main indique, en général, une position de l'épaule, elle peut donc n'être non plus qu'une complication des positions de la tête ou du pelvis. La présentation du bras est d'ailleurs fort commune. On voit dans la Genèse, chapitre 38, qu'un des jumeaux de Thamar (1) vint ainsi au monde. Ses causes se trouvent dans les mouvemens et les secousses qu'exécute ou qu'éprouve la femme sur la fin de la grossesse, dans la forme viciée du bassin, l'action inégale de l'utérus, le nombre des fœtus ou leur monstruosité. Aussi la rencontre-t-on souvent, comme l'ont vu Mauriceau (2), Portal (3), après un voyage ou une course en voiture, après une violente émotion, et chez les femmes contrefaites. M. Busch (4) dit qu'elle s'est répétée dans six accouchemens successifs chez la même femme. La même chose s'observe d'ailleurs pour les fesses (5) et la plupart des positions vicieuses.

§ I. Historique et appréciation.

Jusqu'au dernier siècle rien ne paraissait plus effrayant que l'apparition du bras dans le cours du travail. De nos jours, les gens du monde la croient encore extrêmement dangereuse. Ces craintes s'expliquent, en remarquant que jusqu'au temps de Levret on ne pensait pas qu'il fût possible de pénétrer dans l'utérus sans avoir, au préalable, fait remonter le bras, et quand on réfléchit à l'inefficacité ou aux dangers que devaient entraîner la plupart des moyens usités contre cet accident. Ch. de Saint-Germain (6), entre autres, conseille de mettre de la glace

(1) Levesque, *Thèse*, Montpellier, juin 1812.

(2) *Malad. des femmes grosses*, etc., obs. 282, 292, 308.

(3) *Pratiq. des accouch.*, obs. 20.

(4) Stoltz, *Journal hebdom.* 1834, tome I, p. 5.

(5) *Cliniq. des hôpitaux*, tome III, p. 6, 10.

(6) *Eschole des sages-femmes*, p. 244.

dans la main de l'enfant. Deventer (1) parle de le pincer, de lui donner des chiquenaudes pour l'obliger à retirer son membre. Girard de Lyon (2) n'a pas craint de reproduire et de se faire le défenseur de semblables pratiques.

D'autres ont imaginé, à l'instar d'Albucasis (3), des espèces de fourches, de repoussoirs, pour le remonter en agissant sur la poitrine. La béquille de Burton (4) a même joui, sous ce rapport, d'une certaine réputation. Les plus timides repoussaient le membre dans le haut du vagin et parvenaient quelquefois à le faire rentrer dans la cavité utérine. Le plus souvent leurs efforts étaient inutiles, et le bras, plus ou moins tuméfié, paraissait former un obstacle insurmontable à l'introduction de la main dans l'orifice. Alors, pour sauver au moins la mère, on ne trouvait rien de mieux que de tirer sur le bras jusqu'à ce que l'enfant eût cédé au point de venir en double, ou que le membre fût arraché. Philumène (5) recommande de le désarticuler. Aétius (6) dit qu'il faut le couper, l'arracher ou le tordre. Paré (7) veut qu'on incise d'abord circulairement les parties molles au-dessous de l'épaule et qu'on ait recours ensuite à des tenailles incisives pour faire la section de l'os. Quand le bras se présente, dit Guillemeau (8), il faut le tirer le plus tôt possible, l'amputer, relever les chairs et scier l'os. Mauriceau (9) conseille de le tordre comme une branche d'arbre qu'on veut extraire du sol. Enfin les moins hardis se contentaient, comme Josephi (10), de faire des scarifications profondes sur la partie gonflée, afin d'en diminuer le volume.

---

(1) *Observ. sur les accouch.*, etc., p. 228.

(2) *Journal gén.* tome XLVIII, p. 171.

(3) Smellie, *De la théorie et de la practiq. des accouch.*, t. I p. 42.

(4) *Nouv. syst. des accouch.*, etc., p. 378, pl. 16, f. 2.

(5) *Ætius*, ch. 23, ou Smellie, tome I, p. 23.

(6) *Ibidem*. Liv. XXIV, ou Smellie, tom. I, p. 23.

(7) Liv. XXIV, ou manière d'extraire les enfans, etc., 1773, in-8°.

(8) *OEuvres compl.* etc., in-folio, p. 323.

(9) *Maladies des femmes grosses*, etc., p. 274.

(10) Obs anat. et obst. p. 21, ou Capuron, *oper. citat.*, etc.

Aujourd'hui cette doctrine n'est plus professée en France. Baudelocque et ses successeurs en ont fait justice, et ce n'est pas sans en être surpris, qu'on entend encore dire de temps en temps que quelques accoucheurs n'ont pas craint de s'y conformer. Je n'insisterais même pas sur ce point, si on n'avait eu le courage de renouveler une semblable pratique en Bretagne, en Normandie, en Champagne et aux environs de Montpellier, presqu'en même temps, dans ces dernières années, et si, surtout, elle n'avait pas trouvé quelques défenseurs dans la capitale ; si on n'avait invoqué de nouveau l'autorité de A. Paré, Mauriceau, Deventer, De La Motte, Puzos, Mesnard, Levret, à ce sujet, de manière à en faire une question nouvelle.

Portal (1) soutient déjà que la main de l'accoucheur et le bras de l'enfant n'égalent jamais le volume de la tête. Un bras énorme ne l'empêcha pas de glisser la main dans la matrice, où elle s'engourdit, et d'amener un enfant vivant. Peu (2), qui conseille encore de repousser le bras, comme le faisait aussi Mauriceau (3), ne veut pas non plus qu'on l'arrache. Deventer (4) établit très-bien que ce ne sont pas les bras qui empêchent d'aller aux pieds ; qu'il est inutile de couper celui qui sort, que ce n'est pas lui qui nuit (5). De La Motte (6) ne veut pas même qu'il soit utile de le repousser, et prouve, par les observations de Mauriceau et les siennes, que cette répulsion ne doit pas être tentée. Puzos (7) parle exactement comme P. Portal. Couper le bras est une scélératesse qui n'avance en rien, dit Burton (8), et Lemoine (9) avoue qu'à moins d'une indispen-

---

(1) *Pratiq. des accouch.*, etc., p. 23, 55.

(2) *Pratiq. des accouch*, p. 412.

(3) *Maladies des femmes grosses*, etc., p. 273.

(4) *Observ. sur les accouch.*, etc., p. 228.

(5) Oper. citat. p. 235.

(6) *Traité compl. des accouch.*, etc., p. 461 à 489.

(7) *Traité des accouch.*, p. 183, Paris, 1739.

(8) *Nouv. syst des accouch.*, etc., p. 369

(9) Burton, *oper. citat.*

sable nécessité, c'est une barbarie atroce. On voit dans Denman (1) qu'il n'est jamais nécessaire ni utile d'en opérer la section. En joignant à ces autorités celle d'A. Leroy (2), qui, à l'aide de la saignée, se vante de rendre constamment la version possible sans mutiler l'enfant, celle de Baudelocque, de Stein et de presque tous les modernes, il est difficile de trouver une pratique plus universellement proscrite que l'arrachement ou l'amputation des bras dans l'accouchement.

Je ne veux pas nier cependant qu'il n'ait jamais été utile de séparer du tronc un membre qui s'est échappé prématurément, afin de pénétrer plus facilement dans la matrice. J'avouerai seulement que j'en conçois à peine la nécessité, même lorsque l'enfant est mort, à moins que l'épaule et la poitrine ne soient aussi descendus jusqu'à la vulve. Sans pouvoir dire au juste jusqu'à quel point le chirurgien normand s'est écarté des sages préceptes, on doit au moins admettre que M. Le Roux (3) a appelé pour l'excuser des raisons et des preuves qu'il serait dangereux de prendre à la lettre. La poche n'était rompue que depuis quelques heures. Aucune tentative sérieuse de version n'avait préalablement été faite. La femme n'était pas en danger. Il n'y avait ni hémorrhagie, ni convulsions. Les observations semblables, qu'il emprunte à d'autres praticiens, ne prouvent pas non plus que la brachiotomie fût alors indispensable. Cette femme indocile, dont il est question dans le journal général (4), accoucha seule dans un bain, quoique la version eût paru impossible après l'amputation des deux bras. Un coup de pied donné à l'accoucheur, dans une autre occasion (5), ne prouve en aucune façon qu'il fût indispensable d'amputer les deux membres pour avoir l'enfant.

---

(1) *Introd. à la pratiq.*, etc., tome II, p. 295.

(2) *Pratiq. des accouch.*, etc., tome I, p. 672.

(3) *Mém. et Lettre sur l'accouch. avec présent. du bras*, Paris, 1826, 1827 et 1828.

(4) Avril 1828.

(5) *Ibidem.*

En disant que si le bras n'était pas trop mortifié, on pourrait le tordre ou le couper avec des ciseaux, Smellie (1) ne démontre pas la nécessité de cette opération, et il est permis de douter qu'elle fût de rigueur dans le fait rapporté par M. Hoskins (2).

Il me semble, au surplus, qu'on s'est mépris sur l'état des parties en pareil cas. On croirait, à entendre ceux qui ont agité cette question, que toute la difficulté se trouve dans le col. Rien n'est plus inexact cependant. Si le col était contracté seul, au point d'étrangler la racine du bras, le temps, la saignée, les bains, les émolliens, les opiacés, la belladone et des efforts bien dirigés triompheraient inévitablement de sa résistance. Mais il en est rarement ainsi. Le plus souvent, l'utérus est contracté par tous ses points, comme collé, à la manière d'un gant, sur les différentes parties de l'enfant. Après l'orifice externe, c'est l'orifice interne, puis un troisième cercle de la matrice, puis un quatrième, puis un cinquième qu'il faut vaincre. On est fréquemment obligé de disputer à la cavité utérine le passage des doigts ou de la main, ligne par ligne, point par point, depuis l'orifice inférieur jusqu'au fond de l'organe, ou depuis l'épaule jusqu'aux pieds du fœtus. Il s'en faut bien même que la contraction la plus forte soit toujours à l'orifice vaginal du col. Trois fois, et notamment chez une malade de M. Layraud, je l'ai trouvée au niveau de l'orifice interne. Chez une femme près de laquelle me fit appeler M. Paris, la plus grande difficulté se trouva autour de la poitrine de l'enfant. J'en ai délivré une autre chez laquelle la racine des cuisses était étranglée avec tant de force, que je craignis de déchirer le fond de la matrice en m'efforçant d'atteindre les pieds. Franchir le col alors n'est donc qu'une faible partie de l'opération. C'est au-delà que se trouvent les plus nombreuses et les plus grandes difficultés.

---

(1) *Théorie et pratiq.*, etc., tome I, p. 370.

(2) *The Lancet*, 1829, vol. II, 270.

L'ablation du bras en pareil cas débarrasserait le vagin et même l'entrée du col, s'il est abaissé et forme un bourrelet sur le membre; mais les autres points de l'utérus n'en éprouveraient aucun relâchement. Les difficultés de la version, sous ce rapport, restent à peu près tout entières. Aussi voit-on Saviard (1), qui avait bien réussi une fois, être obligé d'en venir à l'embryotomie dans une autre, après avoir arraché successivement les deux bras. Contouly (2) ne pénétra aux pieds qu'après avoir incisé le col sur plusieurs points. Si c'est de ce dernier fait qu'ont voulu parler Duchâteau et M. Joubert (3), il ne prouve absolument rien, comme on voit, en faveur de Contouly ni des brachiotomistes en général. Lorsqu'on enlève successivement les deux bras ou l'un d'eux seulement, comme le fit M. Moreau (4), comme M. Delormel (5) a cru devoir le faire aussi, ou lorsqu'on déracine à la fois le bras, la clavicule, l'omoplate, comme Boquis et Brueil (6) l'ont fait chacun une fois, il en résulte un vide plus favorable sans doute, mais qui ne doit pas encore suffire constamment. D'ailleurs, par cela seul que le fœtus est venu vivant, n'est-on pas autorisé à conclure que la matrice n'était contractée ni assez fortement, ni depuis assez long-temps pour nécessiter une semblable manœuvre. Cet enfant, jeté derrière la porte avec les deux bras arrachés, et qui, selon Peu (7), vécut huit jours chez son assassin où on l'avait porté, n'aurait-il pas pu être extrait sans cette mutilation? L'amputation des deux bras était-elle nécessaire chez celui qui vint ensuite par la tête et vivant sous les yeux de Picard (8)? Que prouvent les difficultés rencontrées par des praticiens aussi peu exercés à

---

(1) *Observ. chirurgicales*, etc , p. 369, obs. 85.

(2) *Mém. sur divers sujets*, etc., p. 44.

(3) *Lancette fr*. tome I, p. 226.

(4) Champion, *Accouch. avec issue du bras.*

(5) *Lancette française*, tome I, p. 242.

(6) Champion, *oper. citat.*

(7) *Pratiq. des accouch.*, etc, p. 405.

(8) Champion, *oper. citat.*

ce genre de manœuvre que M. Allora, Rambert, Ferrand et Malvani (1)? que répondre à M. Samel (2), qui, ayant échoué deux fois, veut qu'en pareil cas la version soit impossible sans amputation !

L'ablation du membre cependant facilite, en réalité, la version, et voici de quelle manière : Le point d'appui que le bras fournissait aux contractions utérines dans le col étant détruit, le déplacement du fœtus devient évidemment plus facile. Les efforts exercés par la main sur la poitrine repoussent dès-lors cette partie du tronc avec plus d'aisance, on ne peut le contester. L'enfant, une fois ébranlé, en partie dégagé du détroit supérieur où il était comme enclavé, s'oppose moins ensuite à l'introduction de la main et à la recherche des pieds. Sous ce point de vue, l'amputation du bras favorise donc la version, tandis qu'elle ne serait presque d'aucun avantage, s'il ne s'agissait que de rendre le col plus accessible aux doigts de l'accoucheur.

La question mérite encore d'être envisagée sous un autre rapport. Si la présence du bras n'est pas l'obstacle principal ni de nature à rendre la version absolument impossible, elle coïncide au moins avec une position qui peut entraîner de graves dangers pour la mère et pour l'enfant. Il faut, par conséquent, comparer ce danger avec ceux qu'entraîne la version forcée, avec ou sans ablation du membre. Les violences exercées par la main exposent aux contusions, aux inflammations de toute espèce, à la mortification, au ramollissement et surtout aux ruptures de la matrice. On arrive rarement aux pieds sans avoir écrasé la poitrine ou l'abdomen du fœtus, dont le pelotonnement est d'ailleurs accompagné de tractions ou de contusions qui le font presque toujours périr avant que la version ne soit complète. L'amputation du bras permettant de relever un peu plus aisément la poitrine et de créer une espèce de vide dans la matrice, met à même d'éviter une par-

(1) *Lancette fr.*, tome I, p. 363.

(2) *Bulletin de Férussac*, tome XIII, p. 85.

tie de ces dangers, sans les conjurer tout-à-fait, puisqu'il faut également faire la version et contourner l'enfant.

Au total, je crois qu'il vaut mieux ménager la mère aux dépens du fœtus, que le fœtus aux dépens de la mère. Mais alors je poserai le dilemme suivant : ou bien il est véritablement impossible de vaincre la constriction des différens points de l'utérus, et, dans ce cas, on ne conçoit pas que l'enfant soit encore vivant ou puisse être amené vivant; ou bien la vie du fœtus se maintient, et ici le succès de la version doit être possible sans mutilation. Dans le premier cas, est-ce à l'arrachement du bras qu'il convient de recourir? Je ne le crois pas. Le fœtus, étant mort ou sacrifié, doit être extrait en faisant courir aussi peu de risques que possible à la femme. Je voudrais, en conséquence, qu'après une pareille décision, on renonçât à la version pour tenter l'évolution ou pratiquer la décollation.

Des tractions sur le bras à la manière de F. de Hilden ou de Fichet de Flechy, un lacs passé au-dessus du tronc, comme le conseille Peu, des crochets mousses, appliqués sur le haut de la poitrine, seraient successivement essayés pour faire descendre l'abdomen et les fesses, ou même la tête si elle montrait la moindre tendance à s'engager. L'inutilité de pareilles tentatives étant dûment constatée, on porterait sur la racine du cou, soit un long bistouri boutonné droit ou courbe, soit de grands ciseaux, soit un simple couteau, dont le doigt ou les doigts d'une main suivraient partout la pointe et le tranchant. S'il le fallait, des tractions avec le crochet mousse termineraient la rupture du rachis, comme dans le cas cité par MM. Ouvrard et Laroche (1). On ferait ensuite l'extraction du tronc à l'aide du crochet et en tirant sur le bras ou sur les bras conservés. La main ou le forceps, portés aussitôt dans la matrice, comme Asdrubali (2) l'a fait cinq fois avec succès, seraient enfin chargés d'amener la tête. Il est bien

(1) *Lancette fr.*, tome I, p. 271.

(2) Champion, *oper. citat.*, p. 90.

entendu, d'ailleurs, qu'on ne se résoudra point à une semblable pratique, d'abord conseillée par Heister (1), avant d'avoir établi la mort du fœtus, non par le volume, la couleur, l'aspect gangréneux du bras, mais bien par la durée du travail, la force, l'étendue, la permanence des contractions utérines, la flaccidité et le défaut de pulsations du cordon ombilical, ni sans avoir constaté l'insuffisance ou le danger de la version et de tous les autres moyens vantés jusqu'ici, dans le but de ne pas compromettre la vie de l'enfant. L'éviscération, l'embryulcie proprement dite, la division du tronc par sa région postérieure, que préfère M. Burns (2), seraient réservés comme pis aller, comme dernière ressource.

§ II. Manœuvre.

Voici en peu de mots la conduite à tenir quand une main ou un bras se présente à l'orifice, soit au-devant de l'épaule, soit avec la tête, soit avec les pieds.

Quand on voit une main arriver à la vulve et qu'il est possible de s'assurer que l'épaule correspondante est au détroit supérieur, loin de s'en effrayer et de la refouler, on la fixe au contraire avec un lacs. Le lacs placé, on repousse l'épaule et on va à la recherche des pieds comme s'il n'y avait point eu de complication. A mesure qu'on tire sur les membres pelviens, le bras remonte et le lacs sert à l'entraîner en même temps que les pieds, lorsque la version est opérée. On pourrait aussi tenter de ramener la tête. Quand un bras se présente, dit Hamilton (3), il faut le repousser et le maintenir relevé jusqu'à ce que la tête descende.

A. *Bras avec la tête.* Bien que le bras avec la tête ne soit pas une cause grave de dystocie, il est cependant des cas où la marche de l'accouchement en est réellement entravée. En conséquence, on doit, quand on le peut, faire disparaître cette com-

---

(1) *Inst. chir.*, pars. II, sect. 5, cap. 153.

(2) *Principl. of midwif.*, etc., p. 391.

(3) *Outlines of midwif.* etc., p. 390.

plication. Si on est appelé avant que le détroit supérieur n'ait été franchi, on parvient sans peine à reporter la main de l'enfant jusque dans la matrice et à l'y maintenir à l'aide de quelques doigts pendant que la tête s'engage. Il est tout-à-fait inutile alors d'aller chercher les pieds, comme le veut Deleurye (1). Plus tard, on éprouve parfois de grandes difficultés. Dans quelques cas la chose est même tout-à-fait impossible. Alors on tâche de faire glisser le membre engagé du côté du front, vers la symphyse sacro-iliaque ou la fosse obturatrice interne la moins comprimée; mais s'il survenait quelque difficulté nouvelle qui rendît urgente la terminaison de l'accouchement, on appliquerait le forceps sans égard à la présence du bras. On ne pardonne à De La Motte (2) d'avoir fait la version dans un cas où le bras, tuméfié, enclavé au milieu du bassin, se présentait au-devant de la tête, que parce que de son temps on ne connaissait pas le forceps.

B. Dans la supposition que les *mains* vinssent se présenter simultanément *avec les pieds*, elles ne s'y maintiendraient sans doute pas long-temps. Les contractions utérines les forceraient bientôt à se relever en faisant descendre le siége. Au surplus, il suffirait de ne pas les confondre avec les membres pelviens et de tirer sur ceux-ci jusqu'à ce que les hanches fussent abaissées, pour n'avoir plus rien à craindre. M. Caffort m'a néanmoins communiqué le fait singulier d'un fœtus, dont les pieds, les mains et la tête se présentèrent et sortirent ensemble.

C. *Amener l'autre bras*. Péan et Deleurye (3) ont conseillé, lorsqu'*un bras et l'épaule* remplissent trop exactement l'orifice pour que la main puisse atteindre le pied, de commencer par faire descendre l'autre bras, afin de pénétrer ensuite plus facilement dans la matrice. Ce précepte a été l'objet de vives critiques. On a dit que les deux bras devaient nécessairement occuper plus d'espace qu'un seul; qu'en amenant le second à

---

(1) *Traité des accouch.* etc. p. 232.

(2) *Traité compl. des accouch.*, p. 487, obs. 270.

(3) *Traité des accouch.*, etc., p. 230.

côté du premier, au lieu de vaincre les obstacles, on ne ferait que les augmenter, et que, si la main peut être portée jusqu'au bras qui n'est pas sorti, il n'y a pas de raison pour qu'elle n'atteigne pas jusqu'aux pieds.

Je n'ai point eu l'occasion d'essayer la pratique de Deleurye sous ce rapport. Toutefois, il me semble qu'on l'a proscrite avant de l'avoir suffisamment examinée. Baudelocque se trompe, assurément, quand il soutient qu'il est toujours aussi facile de gagner les pieds que le bras encore retenu dans la matrice. Celui-ci peut être assez près de l'orifice pour qu'on puisse le saisir avec quelques doigts, tandis que ceux-là exigent constamment qu'on introduise la main tout entière, et le plus souvent même très profondément. Coutouly (1), ne repousse avec tant de vivacité le précepte de Deleurye que parce que, comme Baudelocque, il n'en a point compris ou voulu comprendre le mécanisme. M. Champion (2), qui l'a très bien saisi et qui s'en est servi une fois avec avantage, remarque avec raison que Steidèle, Plenk, Jacobs l'avaient aussi pris dans sa véritable acception. Quand on tire sur le second bras, on tend à faire remonter l'épaule engagée, à transformer le tout en une position du plan sternal, à faire rouler le fœtus sur son axe, à décrocher en quelque sorte l'épaule trop fortement engagée dans l'excavation, et je conçois que dans certains cas il en puisse résulter quelque avantage pour le passage de la main et le reste de la manœuvre.

On produit, en tirant sur le bras, ce que Denman (3) espère obtenir en plaçant le pouce et l'index sous l'aisselle en forme de béquille. C'est pour la même raison qu'il serait bon aussi d'imiter M. Cosgraave (4), de faire remonter une partie du bras dans la matrice en appliquant le pouce sur la partie postérieure de l'épaule entre les douleurs et en les maintenant au-

---

(1) *Mém. sur divers sujets*, p. 176.

(2) *Lettre sur l'accouch. avec présent. du bras*, etc., p. 61, Paris, 1828.

(3) *Introd. à la pratiq.*, etc., tome II, p. 295.

(4) *The Lancet*, 1829, vol. II, p. 298.

dessus des pubis. L'utérus fait le reste, et la version devient inutile, dit l'auteur, qui assure s'être toujours comporté ainsi avec succès. Sans partager sa confiance à cet égard, je crois que c'est une ressource à ne pas négliger.

En cas d'insuccès, et avant d'en venir à la pédotomie, les relâchans, l'opium, les injections d'eau, ou de solution d'extrait de belladone dans la matrice, la saignée même, quoiqu'avec Baudelocque et M. Proctor (1), je ne la croie pas alors d'une grande efficacité, seront de nouveau mis en usage, à moins d'accidens véritablement graves. M. Davis (2), qui veut aussi que dans certains cas de présentation du bras on termine la délivrance au moyen de l'embryotomie, Douglas (3) et Sims (4) qui professent la même opinion, de même que M. Lee (5), qui, pour ménager la mère, *sépare le bras du corps, perfore le thorax, fixe un crochet sur le bassin ou la partie inférieure de l'épine du fœtus, et, à l'aide de tractions suffisantes, entraîne ainsi l'enfant*, ne me paraissent pas s'être fait une idée nette du but qu'on doit se proposer alors.

Tant que l'accoucheur n'a pas de preuves certaines de la mort du fœtus, il ne lui est permis, sous aucun prétexte, de le mutiler. Si jamais la présence du bras pouvait réellement empêcher l'introduction de la main, il vaudrait encore mieux, a-t-on dit, suivre le conseil de Bodin (6), pratiquer l'opération césarienne vaginale, que d'avoir recours à l'embryotomie. Ce serait aussi mon avis, ainsi qu'on le voit par la première édition de cet ouvrage, si le col formait la seule résistance à vaincre; mais, le débridement sur un certain nombre de rayons ne remédiant pas aux contractions du reste de l'organe, on aurait tort de fonder de grandes espérances sur un pareil moyen. Quand l'enfant est mort, il faut encore se com-

---

(1) *The Lancet*, etc., p. 88.
(2) *Midwifery*, etc., p. 326.
(3) *Med. and phys. journal*, vol. XL.
(4) *Med. and surg. journal*, avril 1828.
(5) *Cliniq. des hôpit.*, tome II, p. 369.
(6) *Essai sur les accouch.*, p. 81, Paris, 1797.

porter de la même manière, et mettre en usage les saignées, les bains, les injections, les pommades, enfin toutes les espèces de relâchans et de calmans avant de songer à l'évolution ou à la décollation.

ART. 11.— Résumé général de la version.

1°. *Toutes les positions de la tête se réduisent à deux*, dans la manœuvre.

2°. *Toutes les positions du côté* appartiennent au second temps de la manœuvre des positions de la tête.

3°. *Toutes les positions du dos* et du *sternum* doivent être ramenées aux positions de l'épaule.

4°. *Toutes les positions de l'épaule* sont d'abord transformées en positions des pieds.

5°. Il n'y a donc en réalité, pour la version, que deux positions essentielles à bien étudier, et, par suite, que deux manœuvres qu'il soit indispensable de bien connaître.

6°. Comme ces deux manœuvres ne diffèrent que parce qu'elles exigent une main différente, qu'au fond la main droite ne manœuvre pas autrement que la main gauche, toute la manœuvre des accouchemens se réduit en définitive aux règles qui ont été établies en parlant de la version par les pieds dans les positions du sommet.

Je sais bien qu'ainsi posée, la question ne sera pas toujours exactement comprise ; mais aussi, je doute que ceux auxquels ces règles générales ne suffiraient pas puissent tirer un grand parti des explications les plus étendues. Dans les applications détaillées, il existe une infinité de nuances que des mots ne peuvent pas peindre, mais que l'homme intelligent devine facilement, ou que la pratique seule peut apprendre à bien saisir.

En prenant toutes les précautions que j'ai indiquées, on ne fera pas de la version podalique une opération préférable à l'emploi du forceps comme semble le penser Denman (1); mais

(1) *Introd. à la pratiq. des accouch.*, tome II, p. 150.

on la rendra aussi peu dangereuse que possible. Du reste, s'il est vrai que des tractions assez fortes pour amener une dépression d'un pouce sur le pariétal, puissent donner le jour à un fœtus vivant, comme Denman dit l'avoir vu chez une femme dont les huit autres enfans étaient venus morts. M. Pezerat (1), qui parle d'une semblable dépression après une présentation du vertex, et d'un autre (2) dans un cas de version, ne paraît pas avoir été si heureux. J'en ai moi-même observé un exemple après une version des plus pénibles, et le fœtus était mort.

Sect. II.

Du forceps et du levier.

Art. 1er. — Du forceps proprement dit.

Le forceps est un instrument avec lequel on va saisir l'enfant dans les organes de la mère pour l'entraîner au-dehors.

§ I. Historique.

On ne sait pas bien précisément quel fut le premier inventeur de cette espèce de pince, ni à quelle époque il en a d'abord été fait mention. Du temps d'Avicenne (3) on employait, il est vrai, quelque chose d'analogue pour agir sur le fœtus mort. *Leget fœtum cum margine panni*, dit-il, *et trahat eum*, *quod si illud non confert administrentur forcipes et extrahitur cum eis*. Albucasis (4) parle aussi d'une espèce de pince à dent de loup, et J. Rueff en décrit une qui lui servait à tirer séparément les os du crâne ; mais quel rapport y a-t-il entre ces instrumens informes, que personne n'eût tenté d'appliquer sur un fœtus vivant, et le forceps usité de nos jours ?

---

(1) *Journal compl.*, tome XXIX, p. 312.

(2) *Ibid.*

(3) Can. méd., etc., lib. 3. p. 932.

(4) Lib. 2, p. 129, ou Eland, on parturit., p. 181.

La famille des Chamberlain est restée long-temps en possession d'un secret pour terminer les accouchemens difficiles. L'un des membres de cette famille vint même à Paris dans le but de convaincre les Français de l'utilité de son instrument: mais, comme il ne fut pas heureux dans ses premières tentatives, peu satisfait de l'accueil qu'on lui fit en France, il s'en retourna avec son secret à Londres. Chapman (1) et Giffard (2), qui prétendent avoir connu le moyen de Chamberlain, en publièrent une description au commencement du dix-huitième siècle, et soutinrent que c'était une pince propre à saisir la tête. M. Burns (3) dit que c'est Butler (4) qui en a le premier donné la description, tandis que Chapman n'en aurait divulgué le secret que dans la deuxième édition de son ouvrage. L'instrument qu'annonce Dussé (5) est aussi une espèce de forceps. On parle également d'un chirurgien de Brentford, nommé Drinkwater, comme étant l'auteur d'une pince semblable. Mais il est réellement impossible d'affirmer que les Chamberlain se servissent plutôt d'un forceps que d'un levier ou de tout autre instrument, ni que les *mains* que Palfin (6) dit avoir imaginées, et dont Ledoux (7) réclama l'invention, fussent autre chose que l'instrument employé en Angleterre. Les tenettes en double cuillère dont Mesnard (8) donna la description en 1741, et avec lesquelles il croit (9) pouvoir terminer un grand nombre d'accouchemens contre nature, n'en forment pas moins l'un des premiers forceps imaginés en France.

Quoi qu'il en soit, c'est à partir de cette époque que l'usage

---

(1) *Improvement of midwif.* etc., Lond. 1739.

(2) *Cases in midwif.* etc., Lond. 1734.

(3) *Principl. of midwif.* etc. p. 445.

(4) *Essays* d'Edim. 1733.

(5) *Bibl. choisie de Planque*, tome I, p. 418.

(6) Levret, *accouch. labor.* etc., p. 86.

(7) *Id.* Oper. citat. p. 88.

(8) *Journal* de Verdun, etc., ou *Guide des accouch.* 1re édit.

(9) *Guide des accouch.* 2e édit. 1753, p. 19 et 20.

du forceps s'est introduit dans l'art des accouchemens. D'abord formé de deux cuillères pleines ou fenêtrées, qu'on introduisait séparément dans le bassin et qui n'étaient que légèrement recourbées, on y ajouta bientôt une double échancrure pour en permettre le croisement. Smellie (1) en fit un instrument extrêmement simple et d'un emploi on ne peut plus facile. Cet accoucheur pensa même qu'il serait bon d'avoir deux forceps, un très-court pour saisir la tête déjà descendue dans l'excavation, l'autre un peu plus long, ayant un bord concave, pour pénétrer jusqu'au détroit supérieur.

De son côté, Levret (2) apporta des modifications tellement importantes aux forceps, qu'il en fit en quelque sorte un instrument nouveau, que l'on connaît encore dans la science sous le nom de *forceps de Levret*. Comme tous les autres, ce forceps est composé de deux branches : l'une appelée branche *mâle*, que j'aime mieux nommer branche *gauche*, et l'autre, branche *femelle*, que j'appellerai branche *droite*. La cuillère de chacune d'elles est largement fenêtrée, présente un filet ou une crête mousse sur le pourtour de sa face concave, et offre sur l'un de ses bords une courbure qui la met en rapport avec la courbure ou les axes du bassin. Leur manche, entièrement métallique, un peu moins long que les cuillères, se termine par un crochet aplati et recourbé en forme de bec de canne. A l'endroit de leur croisement, elles présentent une entablure, un pivot et une mortaise, qui permettent de les réunir solidement, et les empêchent de glisser l'une sur l'autre quand on les a une fois placées.

Le forceps, depuis Levret et Smellie, a subi de nombreux changemens. Sans parler du forceps de Rœderer, de Crantz, de Walbaum, de Jonhson, de Fried, de Stein, de Leake, de Plenck, d'Osborn, de Rowlinson surtout vanté par Bland (3), de Burton (4), et d'une infinité d'autres, dont on peut voir la

---

(1) Tome I, p. 41 et 64.—270, 277, 284.—tom. IV, p. 66, pl. 35.

(2) *Accouch. laborieux*, etc, p. 103.

(3) *Parturit. comparée*, etc., p. 159.

(4) *Nouv. syst. des accouch.* etc., p. 156. pl. 18.

figure dans le traité de Mulder (1), nous avons le forceps brisé de Saxtorph (2), qui, du reste, ressemble beaucoup à celui de Smellie; celui de Coutouly (3), également brisé, mais en même temps beaucoup plus compliqué que le précédent et qui permet de placer tour à tour, selon le besoin, des cuillères de différentes formes sur le même manche; un autre du même accoucheur (4) dont le manche est remplacé par une poignée métallique transversale, et qui, par le mode d'union de ses branches, doit agir comme un levier du troisième genre; celui de Haighton (5) avec ses larges fenêtres; celui d'Olmes (6), qui en a de très étroites; celui de Baudelocque ou de Pean, qui ne diffère du forceps de Levret que par un peu plus de longueur; le forceps de Thenance (7), dont les branches n'ont pas besoin d'être croisées, qui se réunit près de l'extrémité recourbée de son manche, et se trouve ainsi transformé en un levier du troisième genre, comme l'un de ceux de Coutouly; celui de Lacroix (8), les deux forceps de M. Dubois; celui de Bruninghausen, dont le pivot est remplacé par une sorte de clou à tête arrondie et qui n'a que de très petites fenêtres dans ses cuillères; puis le forceps de Meyrieu, qui est aussi brisé; puis celui du docteur Guillon, également brisé, qui n'a pas besoin de pivot mobile pour être réuni, et qui renferme dans son manche, un pelvi-céphalomètre, des crochets mousses, des crochets aigus, un perce-crâne et un tire-tête. Enfin, Flamant (9), M. Capuron, Maygrier, MM. Schweighaeuser (10),

---

(1) *Histor. litter. forceps. et vect.* etc. 1794.

(2) *Dissert. inaugur.* 1794.

(3) *Mém. sur divers sujets d'accouch.* etc., 1807.

(4) *Ibidem*, p. 23.

(5) *The Lancet*, vol. II, p. 34.

(6) Blundell, *Lancet*, 1828, vol. II, p. 98.

(7) Coutouly, oper. citat. etc., p. 17, 33.

(8) *Ibid.* p. 16.

(9) *Mém. sur le forceps.*, etc., *Journal. compl.* tome XXXIII.

(10) Rist, *Thèse*, Strasb. 3 décemdre 1818.

Mende (1), Dugès (2), Colombat, Pront, ont aussi cru devoir proposer quelques modifications à la construction du forceps; de façon que la science en possède maintenant plus d'une centaine d'espèces. Les dissertations de MM. Reis (3), Flamant (4), Rist (5), ajoutées à celle de Mulder, donneront d'ailleurs au lecteur tous les éclaircissemens désirables sur ce sujet.

§ II. Appréciation.

Il n'est pas un de ces forceps qui ne puisse, à la rigueur, atteindre le but principal qu'on se propose, l'extraction du fœtus; mais il n'en est aucun non plus qui offre réellement plus d'avantages réunis que celui de Levret, dont Chaussier (6) fit allonger le pivot, et que Desormaux père compliqua d'un cliquet à coulisse. Son inventeur, qui l'a tant appliqué de fois, Baudelocque dont la pratique était si étendue, mesdames Lachapelle et Boivin, qui ont dû aider un si grand nombre de femmes à se délivrer, Desormaux, Gardien, M. Évrat, n'ont jamais senti le besoin de modifier le forceps de Levret, et M. Dubois lui-même a dès long-temps rejeté de sa pratique plusieurs des modifications qu'il avait d'abord imaginées.

Il est bon de remarquer, d'ailleurs, que la plupart de ces prétendus perfectionnemens n'ont été proposés que par de jeunes médecins, qui n'avaient point encore été à même de se convaincre qu'ici, comme dans toutes les opérations de chirurgie, c'est beaucoup moins sur la forme de l'instrument que sur l'adresse ou l'habileté de l'homme qu'il faut compter.

Forceps de l'auteur. Le forceps de Levret, un peu moins allongé que celui de Péan, dépourvu de filet à sa face concave, poli à la

---

(1) *Bulletin de Férussac*, tome XVII, p. 281.

(2) *Journal hebdom. univ.* tome X, p. 97.

(3) *Thèse*, Strabs. prairial, an 13.

(4) Oper. citat.

(5) *Thèse* citée.

(6) Coutouly, *Observ. relativ. aux accouch.* etc., 1807, p. 13.

lime d'après les idées de Flamant, terminé par des crochets mousses renfermant une pique, comme l'a conseillé M. Dubois, sans épaulement près de son entablure et sans plaquette pour en fixer le pivot, est celui que je préfère. Une correction que j'adopterais encore volontiers, si on pouvait l'obtenir sans enlever à l'instrument une partie de sa force ou de sa légèreté, consisterait à briser ses branches de manière à ce qu'il fût possible de les plier et de les rendre plus portatives; mais, jusqu'à présent, on l'a vainement tenté, et l'examen du forceps de M. Colombat me porte à croire que ce chirurgien ne sera guère plus heureux sous ce rapport que ses nombreux devanciers.

Le *forceps* indicateur *de M. Audibert* (1) ne se distingue des autres qu'en ce qu'il porte, gravés sur ses branches, la formule mathématique des règles principales de la manœuvre des accouchemens. Sous ce point de vue il forme un instrument dont on peut conseiller l'emploi. Celui de Siebold (2) étant ouvert par le côté comme celui de M. Guillon, semble posséder ainsi une jonction plus facile que le nôtre. Il offre du moins, une courbure que j'adopte pleinement.

M. *Radford*, qui donne pour règle d'en placer toujours les cuillères latéralement, a imaginé un forceps qui ne ressemble à aucun autre. Ses deux branches sont courbes sur le bord comme dans le forceps de Levret, et se croisent ou se réunissent à la manière du petit forceps de Smellie; mais les cuillères en sont très-longues, et l'une d'elles, celle qui doit porter sur la face est droite sur le plat, tandis que l'autre, celle qui doit s'appliquer sur l'occiput est seule concave comme dans les forceps ordinaires. Sans nier l'utilité de cet instrument pour certains cas particuliers, je dirai cependant que celui de Levret peut à la rigueur en tenir lieu, et qu'il ne me paraît pas, quant à lui, susceptible de remplacer tous les autres.

---

(1) *Mémoire sur un forceps indicateur*, etc., Paris, 1833.

(2) Dewees, *System. of midwif.* etc., pl. 12.

§ III. Indications.

Les *cas qui réclament l'emploi du forceps* sont nombreux et peuvent être divisés en deux classes : dans les uns, il n'est pas permis d'avoir recours à d'autres moyens ; dans les autres, au contraire, il serait possible, à la rigueur, de faire la version ou de compter sur quelque autre secours, si on ne voulait pas mettre le forceps en usage. Avant la connaissance de cet instrument, tous les accouchemens que la main seule ne pouvait pas terminer ne trouvaient d'autres ressources que dans le morcellement du fœtus ou quelque opération grave pratiquée sur la mère. Actuellement, on est rarement réduit à sacrifier ainsi l'enfant et à compromettre autant la femme, parce que le forceps suffit le plus souvent pour rendre inutile une pratique aussi meurtrière.

On a posé comme règle générale que le forceps doit être appliqué, 1° toutes les fois que la tête est trop volumineuse, soit absolument, soit relativement, pour traverser les passages sans exposer la femme à l'épuisement ou à d'autres dangers ; 2° lorsque la matrice est dans l'inertie, qu'on a fait de vaines tentatives pour remettre en jeu sa contractilité, et que la tête se trouve assez engagée pour qu'il ne soit pas possible de la refouler au-dessus du détroit supérieur ; 3° quand un accident quelconque rend l'extraction du fœtus indispensable et que la tête est déjà descendue dans l'excavation.

A. *Tête trop volumineuse.* Si, comme le démontrent les expériences de Baudelocque, de Flamant et de quelques autres auteurs, la tête des nouveau-nés, prise hors des parties de la mère et pressée au point de fausser les meilleurs forceps, ne se réduit que de trois ou quatre lignes au plus, il est évident que, saisie dans l'intérieur du bassin, où elle est déjà plus ou moins comprimée dans divers sens, il ne serait pas prudent de compter sur un resserrement plus considérable ; encore faudrait-il, pour l'obtenir, que l'instrument fût exactement appliqué sur les deux extrémités du diamètre bi-pariétal. Or,

quand on songe à la difficulté de placer ses cuillères justement sur le point qu'on désire et qu'elles ont elles-mêmes chacune une ligne et demie d'épaisseur, on a peine à croire d'après cette idée, qu'une tête trop volumineuse pour traverser le bassin sous l'influence de contractions énergiques et des efforts bien dirigés de la femme, puisse tirer un grand secours de l'application du forceps. Je crois cependant que sous ce point de vue Baudelocque est allé trop loin, et que ses élèves ont posé une règle fautive en disant comme M. P. Dubois (1), qu'il ne faut jamais recourir au forceps pour réduire le volume de la tête. Siebold (2) soutient en effet avoir obtenu une réduction de six lignes avec le forceps de Levret. Il en est de même de Thouret, et je suis arrivé moi-même deux fois à cinq et à six lignes de resserrement, en me servant d'un forceps qui n'était pas très fort. Osiander (3) dit même avoir gagné ainsi près d'un pouce. Dans les détroits, au surplus, les efforts de la nature et de la femme se joignent souvent à ceux du forceps pour applatir la tête, et nul ne peut nier que les tractions de l'accoucheur ne soient alors un puissant auxiliaire des contractions utérines et abdominales. J'ai accouché une jeune dame, rue des Vieilles-Tuileries, avec le forceps, en présence de M. Morisse, en exerçant des tractions aussi fortes que possible, et de manière à réduire considérablement la tête. Au second accouchement de cette personne, l'enfant se présenta par le pelvis. Quoique petite, la tête ne put franchir le détroit supérieur qu'au prix d'une dépression de plus de huit lignes sur le pariétal droit. J'ai accouché une troisième fois la même dame, rue Saint-Victor, au moyen du forceps, en présence de M. Hourman. Les mêmes efforts ont été nécessaires; mais enfin la tête est venue sans qu'il en soit résulté d'enfoncement au crâne. Ainsi le forceps est une puissance énergique ajoutée à celle que possède naturellement l'orga-

---

(1) Ordinaire, *Thèse*, n° 104, Paris 1818.

(2) Pitois, *thèse*, Strasb. 26 aout 1831.

(3) Ordinaire, *thèse*, Strasb. 2 août 1826.

nisme, et son emploi permet de compter sur une assez forte réduction du crâne.

B. *Impuissance de l'organisme.* L'inertie ou le défaut de contractions de l'utèrus est un des cas pour lesquels on applique le plus fréquemment le forceps. Lorsque la tête a de la peine à franchir les détroits et que la femme s'est épuisée en vains efforts, l'efficacité de cet instrument n'est contestée par personne; mais il n'en sera plus de même s'il y a inertie simple, sans aucun resserrement des passages. Ici on doit tout faire pour rappeler l'action de la matrice, et le forceps ne doit être mis en usage qu'après avoir fait prendre le seigle ergoté à dose convenable.

C. *Accidens.* Quand l'enfant se présente par le vertex ou par la face, et qu'une des complications indiquées dans un autre article portent à délivrer promptement la femme, l'une de ces deux conditions a nécessairement lieu. 1° Les membranes sont rompues et les eaux écoulées depuis long-temps. La matrice est fortement appliquée sur le fœtus et la tête arrivée dans l'excavation ou, du moins, assez solidement engagée au détroit supérieur. Alors rien ne peut remplacer le forceps. 2° Le col est dilaté. La tête s'engage. La poche amniotique est déchirée. Le forceps pourrait, à la rigueur, être appliqué; mais l'enfant est encore assez mobile pour qu'il soit possible d'aller chercher les pieds. Dans ce cas, les praticiens ne sont plus d'accord. Les uns, avec Levret, Smellie, Plenk, et surtout Flamant, pensent que le forceps offre plus d'avantages que la version. Les autres, avec madame Lachapelle, Desormeaux et presque tous les praticiens modernes, prétendent le contraire. Il y a, je crois, erreur et raison des deux côtés. Flamant dit vrai en soutenant que le forceps est beaucoup moins dangereux pour le fœtus que la version par les pieds, et qu'on doit le préférer dans tous les cas où son application ne présente pas trop de difficultés; mais il compte trop sur son adresse personnelle, et professe certainement un principe dangereux quand il affirme que la version et l'extraction de l'enfant par les pieds n'est presque jamais nécessaire; que, quelque mobile et quelque élevée que soit la tête au-dessus

du détroit abdominal, le forceps doit toujours être préféré.

Tous les accoucheurs savent que si la tête est encore mobile, elle se déplace pendant l'introduction de chaque branche du forceps, et devient le plus souvent fort difficile à saisir; que, pour l'atteindre, les serres de l'instrument, ne pouvant plus être accompagnées par les doigts à moins qu'à l'instar de Flamant, on ne porte la main entière dans le bassin, sont en quelque sorte introduites au hasard dans la cavité utérine; qu'il est le plus ordinairement impossible de savoir au juste si elles embrassent plutôt le diamètre occipito-frontal que tout autre; que la femme, enfin, est exposée à mille dangers, au lieu que les pieds peuvent être amenés avec des difficultés, et en exposant à des accidens infiniment moindres. Il est incontestable aussi, cependant, et on paraît l'avoir oublié de nos jours, que, si la femme court incomparablement moins de risques quand on fait la version par les pieds, il n'en est pas de même pour son enfant, qui est trop fréquemment victime de cette manœuvre, tandis qu'il souffre à peine de l'application méthodique du forceps.

Le plus sage est donc de tenir le milieu entre ces deux extrêmes; de préférer le forceps, lorsqu'on a une grande habitude de le manier, quand on peut l'appliquer sans trop de difficultés, et sans craindre de blesser la femme; d'avoir recours à la main, au contraire, pour entraîner les pieds, dans les conditions opposées, c'est-à-dire quand la tête est trop élevée ou trop mobile pour être facilement saisie et que rien ne s'oppose à la version artificielle du fœtus.

§ IV. Points du fœtus sur lesquels on peut appliquer le forceps.

Le forceps ne doit jamais être appliqué que sur la *tête* de l'enfant. C'est à tort que Smellie, fondé sur une observation de Pudécomb, et d'autres ont conseillé de le placer aussi sur le bassin, à moins que l'enfant ne soit mort. Pour peu qu'il faille employer d'effort, ses cuillères écraseraient bientôt les os des hanches. Leur extrémité libre ne manquerait pas de contondre,

de déchirer les viscères abdominaux, et tuerait immanquablement le fœtus. D'ailleurs les crochets mousses ou les doigts le remplaceront toujours avantageusement. La tête est la seule partie sur laquelle il puisse agir ou se placer sans inconvénient, et pour laquelle il ait été confectionné.

Presque tous les auteurs français ont recommandé de placer le forceps de manière que ces deux cuillères fussent appliquées sur les deux extrémités du diamètre bi-pariétal, que son grand axe fût parallèle au diamètre occipito mentonnier, et la concavité de ses bords tournée vers l'occiput, à l'exception toutefois des cas où la tête vient en position postérieure. Deleurye et Baudelocque avaient bien admis, il est vrai, que si la tête était enclavée transversalement au détroit supérieur, on pourrait la saisir par l'occiput et le front d'abord, afin de la faire descendre dans l'excavation et de la reprendre ensuite d'une manière plus avantageuse; mais personne, à ma connaissance, n'a suivi parmi nous ce conseil, d'autant moins que l'enclavement supposé par Baudelocque ne s'est présenté que rarement.

Méthode allemande. En Allemagne, en Prusse et en Russie, beaucoup de praticiens suivent une tout autre règle. Saxtorph et Stein, puis Weidemann (1), par exemple, n'ont point égard à la position de la tête. C'est le bassin seul qui les dirige. Selon eux, il suffit que le bord concave du forceps regarde en avant et que la convexité de ses cuillères corresponde aux fosses iliaques, pour qu'il soit bien placé. M. Reisenger et M. Kluge (2) professent la même doctrine. Leur raison est qu'on ne peut que très-rarement déterminer exactement d'avance la position de l'occiput; qu'en supposant même qu'on y parvînt, il ne serait pas nécessaire pour cela de changer la disposition de l'instrument, attendu que dans les positions diagonales le simple effort qu'on exerce pour en réunir et fixer les branches, ramène le front au-devant du sacrum ou derrière le pubis;

(1) *Thèse* de Strasb. 2 août 1826.

(2) Burckardt, *Thèse*, 20 juillet 1830.

que les positions transversales rendraient l'application du forceps trop difficile, si on s'obstinait à vouloir embrasser les deux bosses pariétales ; enfin qu'en se conformant à leur doctrine, l'opération est toujours extrêmement simple, et que la tête finit souvent par se placer d'elle-même, si elle n'y était pas d'abord, dans la position antéro-postérieure ; de façon qu'en définitive on obtient le même résultat qu'en se conformant aux préceptes généralement adoptés parmi nous.

Sans nier ce qu'il peut y avoir de vrai dans cette manière de voir, que les Français ne semblent pas avoir suffisamment examinée, on peut pourtant objecter, selon quelques-uns, qu'en thèse générale il sera toujours mieux de faire glisser immédiatement les cuillères du forceps sur les régions temporo-pariétales de la tête, que de les mettre toujours en rapport avec les côtés de la cavité pelvienne ; que s'il est rare de trouver l'occiput tout-à-fait en travers, il est au moins très-commun de le voir tourné vers l'une des cavités cotyloïdes ou des symphyses sacro-iliaques ; que non seulement il est bon, dans ce cas, que le forceps soit tourné un peu à gauche ou à droite ; mais encore que le plus souvent il s'y dirige spontanément, et, pour ainsi dire, malgré l'opérateur, pour peu que la tête soit solidement fixée. Remarquons enfin qu'en pinçant les deux extrémités du diamètre occipito-frontal, on empêche quelquefois la tête de se fléchir, on la force à descendre en travers, à présenter un de ses plus grands diamètres aux différens passages, et qu'ainsi saisie elle ne traverse pas le détroit inférieur avec autant de facilité.

Opinion de l'auteur. Au demeurant, comme dans l'excavation, les diamètres occipito-bregmatique et occipito-frontal se tournent plus ou moins directement d'avant en arrière ; comme dans les cas où la tête n'a pas encore franchi le détroit supérieur, l'occiput ou le front regarde habituellement une cavité cotyloïde ou une symphyse sacro-iliaque ; comme, après leur introduction, les serres du forceps s'inclinent naturellement vers les côtés de la tête, ou la font tourner sur son axe vertical quand elle oppose peu de résistance à l'effort qu'on exerce sur elle, on peut dire que la différence entre la pratique que nous

suivons et celle des Allemands est bien plus apparente que réelle, et qu'en définitive on ne voit pas qu'il puisse être jamais indispensable de placer une des branches de l'instrument en avant et l'autre directement en arrière. Je dirai en outre, avec M. Burns (1), qui adopte aussi cette pratique, qu'en appliquant le forceps sur la face et l'occiput, l'épaisseur des cuillères de l'instrument n'est plus un obstacle à son emploi. Il est d'ailleurs tout-à-fait inutile d'en garnir une des branches pour protéger la face, comme le veut M. Davis (2).

Les *positions de la face* exigeraient particulièrement cette méthode, même dans l'excavation où elles restent long-temps transversales. Ainsi prise la tête se trouve du reste plus solidement fixée que par les pariétaux, surtout si on adopte le forceps à branches de longueur et de courbure inégales, de M. Radford. Les tractions finissent par faire basculer le diamètre occipito-frontal. L'occiput se rapproche de la jointure, pendant que le front glisse vers l'une des fenêtres du forceps, et la tête se trouve bientôt embrassée de la nuque au bregma. Le détroit inférieure et la vulve elle-même la laisseraient aisément passer dans cet état, en supposant qu'on ne pût pas la ramener dans le diamètre coccy-pubien, ou du moins dans le sens du diamètre oblique.

Au-dessus du détroit supérieur. On a cru long-temps que le forceps ne devait point être porté au-dessus du détroit supérieur. Son défaut de courbure prouve même qu'on ne songea d'abord qu'à l'excavation. Ce n'était encore que pour saisir la tête après la sortie du tronc que Smellie (3) en fit courber le bord. Rœderer, Barbaut (4), sont les premiers qui aient proposé de le porter jusque dans la matrice. Deleurye (5), qui s'en loue beaucoup, dit avoir employé plusieurs fois cette

---

(1) *Principl. of midwif.*, p. 456.

(2) Burns, oper. citat., p. 457.

(3) *Théor. et pratiq. des accouch.*, tome IV, p. 66, p. 35.

(4) *Cours d'accouch.*, tome II, p. 62.

(4) *Opér. césar.* etc. 1779, p. 77.

pratique. Coutouly (1) est un de ceux qui l'ont le plus vantée, et qui semblent l'avoir suivie avec le plus de succès. Enfin Flamant (2) s'est efforcé plus qu'aucun autre de familiariser les praticiens avec la doctrine de Barbaut. Je m'étonne au surplus qu'elle ait été combattue de nos jours par tant d'auteurs distingués. J'ai la conviction que la plupart des praticiens s'y conforment sans s'en douter. Presque toujours, en effet, les grands diamètres du crâne sont encore au-dessus du cercle pelvien abdominal, au moment où les tégumens boursoufflés de la tête proéminent dans l'excavation. C'est alors cependant qu'on se sert le plus souvent du forceps. Il est rare, d'un autre côté, que le crâne ne soit pas assez fortement engagé dans le détroit lorsque l'idée du forceps se présente ; car on ne s'y décide qu'après la rupture des membranes et lorsque l'impuissance des contractions utérines est bien constatée. C'est donc faute de s'entendre qu'on dispute sur ce point. Pour moi, je n'hésite pas à porter le forceps au détroit supérieur et au-dessus. Je l'ai déjà fait douze fois et n'y ai trouvé que des avantages.

Le forceps peut donc être appliqué sur la tête quand le vertex ou la face se présente, même quand le tronc sort avant la tête, soit au-dessus du détroit supérieur, soit dans l'excavation, soit sur le diamètre bi-pariétal, soit sur le diamètre occipito-bregmatique.

Pour que cette application soit indispensable il faut : 1° que la tête n'ait pas besoin d'être réduite de plus de trois à six lignes, ou qu'il soit possible de la déplacer et de la diriger plus avantageusement à travers les détroits ; 2° qu'il soit instant de terminer l'accouchement sans délai, ou qu'il ne soit plus permis de compter sur les forces de la femme pour l'expulsion de l'enfant ; 3° que la tête soit engagée au point qu'on ne puisse pas sans difficultés la faire remonter et aller chercher les pieds ; 4° que les membranes soient rompues et le col effacé depuis un temps plus ou moins long.

(1) *Mémoire sur divers sujets, etc.*, p. 97, 101.

(2) *Journal compl.* tome XXXIII.

§ V. Manuel opératoire.

Avant de commencer on doit prendre les mêmes précautions que pour la version. La femme doit être située de la même manière. Cependant il est des circonstances où l'accoucheur peut ne pas la déplacer ; par exemple, lorsqu'il y a des convulsions, une hémorrhagie ou une faiblesse extrême, un état quelconque, enfin, qui rende toute espèce de secousse ou de mouvement dangereux. Alors il faut que la tête ait franchi le détroit abdominal, et, dans ce cas, on se sert avec avantage d'un forceps très-court, du forceps de Smellie, par exemple.

La position latérale adoptée par les Anglais pour l'accouchement spontané est aussi préférée par eux comme plus avantageuse pour l'application du forceps, ce qu'à vrai dire je ne conçois guère. Mesnard (1), Ficker (2), M. Champion (3), se louent de cette méthode pour quelques cas exceptionnels, et veulent avec plus de raison, je crois, que la femme se place le ventre sur le bord du lit. Deleurye (4) la faisait appuyer sur les coudes, et opérait aussi par derrière, dans les cas où l'occiput regardait vers le sacrum. Alors il est plus facile, dit M. Champion, de porter l'instrument et de tirer suivant l'axe du détroit supérieur. Ce ne doivent être là toutefois que des situations accidentelles, et la règle indique que la femme soit placée sur le dos ou sur la face postérieure du sacrum, comme pour la version.

Comme il n'est pas permis de porter le forceps dans le sein d'une femme sans l'en prévenir, je pense que le meilleur moyen de la calmer et de la rassurer est de lui en exposer le mécanisme.

On doit avoir de l'eau tiède pour dégourdir l'instrument, et

---

(1) *Guide des accouch.* etc., préf. p. 23, 2e édit.

(2) *Journal de Loder.* tome I, p. 126.—ou Champion, p. 85.

(3) *Lettre sur l'accouch. avec sortie du bras*, p. 82, 83, 85.

(4) *Traité des accouch.* etc., p. 246.

du beurre, de l'huile ou du mucilage, pour le rendre plus glissant. Quand tout est disposé convenablement, quand on a reconnu la position de la tête, il ne s'agit plus que d'en introduire les cuillères; mais comme la manœuvre présente quelque différence à ce sujet, selon que l'occiput est dirigé de telle ou telle manière, que la tête descend avant le tronc ou le tronc avant la tête, je vais l'examiner ici successivement dans ces différens cas.

A. Position occipito-antérieure.

La position occipito-antérieure, la plus avantageuse de toutes et la plus fréquente au détroit inférieur, exige qu'on introduise la branche gauche du forceps la première.

I. *Introduction.* Deux ou trois doigts de la main droite sont d'abord glissés à plat entre le côté gauche du vagin et la bosse pariétale, de manière que leur extrémité puisse toucher le col utérin.

a. branche gauche. La main gauche saisit alors la branche gauche de l'instrument, comme une plume à écrire, et en relève d'abord fortement le crochet au devant de l'aine droite de la femme, afin de mettre son autre extrémité en rapport avec l'axe de la vulve ou du détroit inférieur. C'est, comme pour l'introduction de la main, l'intervalle de deux douleurs qu'on choisit. On la fait entrer avec lenteur, sans effort. A mesure qu'elle pénètre on en ramène le crochet de haut en bas et de droite à gauche, vers la ligne médiane. Dès lors il est souvent nécessaire de reporter le pouce en dessus et à droite du pivot, au lieu de le laisser en dessous. On la pousse ainsi, en lui faisant suivre le plan incliné postérieur gauche, ou le devant de la symphyse sacro-iliaque plutôt que le côté gauche proprement dit du bassin, jusqu'à ce que son entablement soit arrivé entre les grandes lèvres; après quoi on en dirige le manche près de la face interne de la cuisse gauche, en l'abaissant plus ou moins, selon la profondeur à laquelle la cuillère à été conduite.

Pendant cette introduction, l'extrémité de la cuillère, tenue bien exactement entre la tête du fœtus et les parties de la

femme, ne doit jamais s'écarter de la courbure de l'excavation. En s'éloignant des axes de cette cavité, elle s'arrêterait dans les parois du vagin, qu'elle plisserait et pourrait déchirer. Trop inclinée en avant ou en arrière, elle exposerait en outre à blesser la vessie ou le rectum. En s'en rapprochant trop, au contraire, ce qui arrive presque toujours quand on se sert d'un forceps à cuillère fortement concave, elle arc-boute contre la tête de l'enfant et s'arrête bientôt dans les replis du cuir chevelu; en sorte que de toute manière il serait dangereux d'employer la force pour la faire avancer.

Lors donc qu'on éprouve quelque résistance qui ne paraît pas naturelle, au lieu de pousser avec plus de violence on doit retirer un peu l'instrument pour le dégager et le faire glisser ensuite dans une meilleure direction.

Si la tête a traversé le col, tant que le forceps n'est pas obligé d'abandonner les doigts qui sont dans le vagin, il faudrait être bien maladroit pour se fourvoyer; mais il n'en est plus de même lorsque la tête est presqu'inaccessible, et dans tous les cas où le cercle de l'orifice l'enveloppe encore en forme de couronne plus ou moins serrée. La plus grande attention est ici nécessaire. Pour peu que l'extrémité libre de la cuillère s'écarte du crâne, elle glisse sur la surface externe du col, et se porte dans le cul-de-sac ou la rainure circulaire qui ferme le vagin en embrassant le sommet de l'utérus. Si l'accoucheur ne s'apercevait pas de cette déviation, on comprend, sans qu'il soit besoin de les indiquer, tous les dégâts, tous les dangers qui pourraient en résulter. Cependant, pour les éviter il suffit de ne jamais faire pénétrer l'instrument au-delà des bosses pariétales sans s'être assuré au préalable de la position et de l'état du col.

b. Branche droite. Quand on est sûr que la branche gauche est bien placée, un aide s'en empare et la maintient contre la cuisse pendant que le médecin introduit l'autre.

Celle-ci est prise de la main droite, et dirigée par les doigts de la main gauche sur le côté droit du bassin ou la symphyse sacro-iliaque correspondante. Pour la faire pénétrer, on se comporte d'ailleurs en tout comme il a été dit tout-à-l'heure

pour la branche gauche. Si l'occiput est incliné à gauche, on tâche de la ramener derrière le trou sous-pubien droit. Si c'est une position occipito-cotyloïdienne droite, au contraire, on la laisse au-devant de la symphyse sacro-iliaque, tandis qu'on essaie de ramener la branche gauche derrière la cavité cotyloïde gauche.

II. *Réunion.* Pour articuler les branches du forceps, il faut qu'elles soient à une égale profondeur dans les organes de la femme; que la mortaise de l'une corresponde exactement au pivôt de l'autre; que leur croisement ne porte pas plus sur la droite que sur la gauche, et que leur manche soit suffisamment abaissé. Quand l'occiput est presque directement derrière la symphyse des pubis, il est parfois difficile de les ramener exactement sur les côtés du bassin. Elles s'inclinent sur leur bord convexe, pendant que leur bord concave s'écarte d'autant; ce qui tient sans aucun doute à ce que la tête est moins épaisse vers le front ou la face que du côté de l'occiput. On triomphe de cette difficulté en saisissant à pleine main les crochets du forceps, de manière à s'en servir comme d'un levier coudé, du premier genre; mais il faut être sûr que l'obstacle ne dépend pas d'une autre cause. En suivant ce précepte, la concavité des cuillères vient s'appliquer sur les bosses pariétales quand le diamètre occipito-frontal est en rapport avec le diamètre sacro-pubien. Dans les positions obliques, le vertex se déplace et se dirige promptement vers le sommet de l'arcade des pubis.

Au surplus, avec des efforts de ce genre, si la tête est trop solidement fixée, il est évident que l'une des branches du forceps résistera moins que l'autre, et viendra sous le plan incliné antérieur correspondant du bassin; en sorte que jusques-là les trois positions occipito-antérieures ne diffèrent pas sensiblement l'une de l'autre eu égard à l'application de l'instrument. Pour en tourner le pivôt, la main suffit en général. Autrement, on a recours à l'espèce de levier qu'on nomme la *clé du forceps*.

Ensuite on s'assure que la tête est seule embrassée, que le col, la matrice, ou quelqu'autre partie de la femme n'est pas

saisie. Le moyen d'acquérir quelque certitude à cet égard consiste à faire exécuter de légers mouvemens de *va-et-vient* à l'instrument en totalité, dans la direction des axes du bassin. S'il glisse sans effort et sans occasionner de douleur, sans faire croire à la femme qu'on la *déchire* ou qu'on la *pince*, il n'y a rien à craindre. Dans le cas contraire, il est presque sûr que quelque repli des organes génitaux s'est engagé dans les serres du forceps, et jusqu'à ce que la tête soit mieux prise, toutes tractions et toute espèce de pression doivent être soigneusement évitées.

Lorsqu'on opère avec l'intention de réduire le volume de la tête, on passe l'anse d'un ruban de fil ou d'un lacs sur la gorge du crochet de l'une des branches du forceps. On fait un tour sur l'autre branche, puis on les rapproche autant qu'on le juge nécessaire. Le lacs est reporté sur le premier crochet, puis ramené sur le second, et ainsi de suite, en faisant des huit de chiffres, jusqu'à ce qu'il soit tout employé; bien entendu que la pression exercée sera plus ou moins forte, suivant le degré de réduction que l'on veut obtenir.

Quand les passages sont libres et qu'on a recours au forceps parce qu'il importe de délivrer promptement la femme, on peut, à la rigueur, se dispenser de ce moyen compresseur. C'est alors seulement que M. Kilian (1), qui défend de fixer les branches du forceps avec des liens, comme Boër, Carus le proposent aussi, pourrait avoir raison. Cependant, comme il est toujours bon d'avoir les deux mains disponibles, de pouvoir les reposer de temps en temps, il me paraît mieux de l'appliquer dans tous les cas, avec cette différence seulement qu'ici on ne le met en usage que pour maintenir dans une position fixe, et convenablement rapprochées, les branches de l'instrument.

III. *Extraction.* Après en avoir enveloppé les manches avec une serviette, la main droite est placée près des crochets, en *dessus* tant qu'il faut tirer dans l'axe supérieur, en *dessous*, au contraire, quand la tête est au détroit inférieur. La main

(1) *Die operat. Geburtshülfe*, etc., p. 649.

gauche saisit la racine des cuillères, au-delà du pivôt, en *dessous* quand la première est en dessus, et en *dessus* dans le cas opposé.

Le forceps étant bien saisi et la tète convenablement serrée, il faut, avant de tirer, diriger l'occiput diagonalement, s'il est encore au détroit supérieur. On le ramène derrière la symphyse s'il est déjà dans l'excavation. Pour l'obliger à s'abaisser au centre du bassin et s'opposer à ce que le front ne descende pas prématurément, on a conseillé de soutenir celui-ci avec deux doigts de la main gauche; mais on aurait tort, je crois, de compter beaucoup sur cette précaution, qui ôte d'ailleurs à l'accoucheur une grande partie de sa force. J'aime mieux m'en rapporter à l'abaissement des crochets, porté au point de mettre les cuillères dans la direction de l'axe du détroit supérieur, et aux tractions exercées dans cette direction.

Si la *tête est enclavée* ou trop solidement fixée au détroit supérieur, on essaie de l'ébranler d'abord, comme on ébranle le bouchon d'une bouteille ou un clou qu'on veut arracher, puis de la repousser ensuite, afin d'obliger l'occiput à descendre convenablement. On se contente de tirer obliquement en bas et en arrière jusqu'à ce que le détroit soit complètement franchi. Aussitôt que le mouvement de pivôt est opéré, que la position est franchement antéro-postérieure, on doit, en tirant, porter les manches du forceps alternativement à droite et à gauche, jusqu'à ce que les bosses pariétales aient traversé le diamètre ischiatique. Ces tractions doivent être tout à la fois fortes, lentes et modérées. Si rien ne presse, on peut ne les exercer que pendant les contractions utérines, qui, du reste, manquent rarement d'être très-énergiques et de se précipiter dès que l'opération est commencée. Quand les momens sont comptés, ou que la matrice est dans l'inertie, il serait inutile ou dangereux d'attendre; on doit agir sur-le-champ.

Quand la *tête arrive à la vulve* et que les parties molles seules la retiennent, on cesse les tractions latérales. On devrait même cesser toute espèce de tractions, si l'utérus semblait conserver assez d'énergie pour terminer la délivrance; car

c'est dans ce moment qu'il importe de ne pas se presser et d'être bien convaincu que le plus sûr moyen de ménager le périnée est de retenir le plus long-temps possible la tète à la vulve. Au lieu donc d'engager la femme à pousser, et de tirer avec force, comme on l'avait fait jusque-là, on l'engage à ménager ses efforts. Souvent il devient utile de retirer l'instrument, qu'on enlève sans autre précaution si la tête est au-dehors. Dans le cas contraire on dégage les deux cuillères l'une après l'autre, en les saisissant comme pour leur introduction, et en commençant par la branche droite ou qui est en dessus. S'il fallait ensuite exercer encore quelques tractions, on les exécuterait en plaçant les doigts sur les tempes ou sous les aisselles du fœtus, comme on le fait dans certains cas d'accouchemens spontanés.

Les auteurs ont expressément recommandé d'éviter le cliquetis que peut produire le contact ou le frottement des branches du forceps, parce que, disent-ils, ce bruit peut effrayer la femme. Il serait imprudent sans doute de ne prendre aucune précaution à cet égard et de ferrailler avec le forceps, comme le ferait un prévôt d'armes avec ses fleurets; mais je ne vois aucun motif qui puisse justifier les soins minutieux prescrits à cette occasion dans quelques livres modernes.

Si le gros du crâne est tourné en arrière, le forceps doit être introduit et fixé comme dans la position précédente. Seulement il n'est pas nécessaire d'en abaisser autant les manches pendant les tractions. Comme l'occiput, qui doit cependant sortir le premier, tend continuellement à arc-bouter contre la face antérieure du coccyx et du périnée, on doit s'attendre aussi à des difficultés plus nombreuses, à plus de dangers pour le périnée. Mais l'opération serait encore bien plus dangereuse et plus difficile, si, comme on l'a conseillé, le bord concave de l'instrument était tourné en arrière au lieu de regarder le pubis. D'abord, pour se conformer à ce principe, il faudrait changer la position de la femme. Ensuite il serait impossible d'aller jusqu'au détroit supérieur, de saisir la tête autrement que de la fontanelle antérieure à la nuque. En troisième lieu, le forceps n'étant plus en rapport avec la cour-

bure du bassin, au moment des tractions, son bord concave presserait nécessairement avec violence le vagin et la vessie contre le pubis, pendant que l'extrémité libre de ces cuillères labourerait de la même manière et plus sûrement encore les parties molles en arrière. Si, d'un autre côté, on n'embrassait la tête que dans le but de ramener le vertex en avant, comme il serait à-peu-près impossible d'agir en même temps sur le tronc, on ne réussirait qu'à tordre le cou de l'enfant. Ici comme dans la position occipito-antérieure, le forceps doit donc être placé de manière que son bord concave regarde en avant, bien qu'il se trouve en rapport avec le front, et non plus avec l'occiput, comme le voudrait la règle générale.

C. Positions occipito-iliaques.

I. *Position occipito-iliaque gauche.* Une pareille position ne me paraît guère admissible au détroit inférieur que pour la face; mais comme elle se rencontre souvent au détroit supérieur et qu'elle exige assez fréquemment l'application du forceps, je ne vois pas qu'on puisse se dispenser alors de suivre le précepte des accoucheurs allemands, à moins toutefois d'imiter Flamant, d'aller au préalable saisir la tête avec la main, afin de la placer plus convenablement; conduite bien plus facile à recommander qu'à suivre. L'angle sacro vertébral, le coccyx et le périnée ne permettraient pas de placer les cuillères de l'instrument en travers. Il serait au moins tout-à-fait impossible alors de tirer dans la direction de l'axe du détroit supérieur.

En admettant toutefois qu'une position complètement transversale existe, voici le conseil que donnent les auteurs. La branche droite du forceps est introduite la première, et conduite avec les précautions d'usage sur le devant de la symphyse sacro-iliaque droite, jusqu'au niveau du front. Alors on place sous son bord convexe l'extrémité des premiers doigts de la main gauche, qui, de concert avec la main droite, la ramènent d'arrière en avant, puis de droite à gauche, jusqu'à ce que son bord concave soit tourné vers la fosse iliaque gauche

et que sa cuillère arrive sur la bosse pariétale droite. On donne ensuite son manche, fortement abaissé, à un aide qui le maintient contre la face interne de la cuisse gauche de la femme.

La main gauche s'empare de la branche gauche et la fait glisser sur la partie postérieure du bassin jusqu'à ce qu'elle ait dépassé le détroit supérieur, et que son pivot se trouve à la même profondeur que la mortaise de l'autre branche. Après les avoir réunies, après avoir ébranlé la tête si elle est encore dans le détroit abdominal, après avoir forcé l'occiput à descendre dans l'excavation s'il n'y était pas d'abord, on ramène par degrés leur bord concave en avant, et le reste de l'opération se termine comme dans les positions occipito-antérieures.

II. *Position occipito-iliaque droite.* Ce que je viens de dire de la position occipito-iliaque gauche est en tout applicable à la position occipito-iliaque droite. Elles ne diffèrent l'une de l'autre, quant à l'application du forceps, qu'en ce que celle-ci exige qu'on introduise la branche gauche la première.

E. Positions du pelvis.

Il peut arriver qu'après avoir entraîné l'enfant par son extrémité pelvienne, on éprouve de grandes difficultes à dégager la tête. La même chose peut se rencontrer à la fin d'un accouchement spontané du pelvis qui, jusque là, n'avait rien offert de particulier. Si les doigts et les mains ne suffisent pas pour délivrer la femme, un resserrement plus ou moins marqué du bassin en est probablement la cause, et le forceps peut bien ne pas être alors d'un grand secours. Cependant il faut l'essayer plutôt que de pratiquer la symphyséotomie ou l'opération césarienne, surtout si la tête n'est plus au-dessus du détroit supérieur. Que ce soit Deleurye (1) qui l'ait pratiqué le premier, comme il le croit, où que l'idée en revienne à ce

(1) *Traité des accouch.* etc., p. 252.

grand maître, qui s'était borné à la prescrire dans ses leçons, toujours est-il que cette opération peut être alors d'un véritable secours.

Si l'occiput est en devant ou un peu de côté, on fait soulever le tronc par un aide, et la branche gauche, puis la branche droite de l'instrument sont introduites, en suivant les mêmes règles que si la tête était descendue la première.

S'il est en arrière et qu'il ne soit pas possible de le ramener en avant avec les mains, on renverse le fœtus sur le périnée, et les branches du forceps sont encore portées comme précédemment. Mais en tirant sur la tête, il faut tâcher d'agir assez fortement sur le front et le menton pour que ces parties s'abaissent de bonne heure sous la symphyse du pubis.

Enfin, s'il était de côté, on repousserait d'abord le tronc à droite ou à gauche, et, pour le reste, on se comporterait comme il a été dit dans les positions correspondantes du sommet.

Ainsi, dans tous les cas, le tronc sera renversé dans le sens où est tourné l'occiput, et le forceps porté sur les côtés de la tête, de manière que la concavité de ses bords regarde en devant, ou puisse y être ramenée dans le cours de l'opération.

Je rappellerai cependant que dans les positions où la face regarde en avant, il vaudrait mieux, à moins que le menton ne fût déjà fortement abaissé, relever le tronc vers le mont de Vénus, porter le forceps en arrière, le placer sur les bosses pariétales dans le sens du diamètre occcipito-bregmatique et faire basculer la tête d'avant en arrière et de haut en bas, comme nous l'avons vu dans les observations de Leroux et de M. Eckardt, comme on le remarque aussi dans quelques-uns des faits qui ont servi de base au travail de M. Michaelis.

On conçoit sans peine que la présence du tronc doive ajouter ici aux difficultés que l'on rencontre quand la tête vient la première. Aussi divers praticiens ont-ils pensé qu'en pareille circonstance le forceps peut toujours être avantageusement remplacé par les doigts, et qu'il est complètement inutile d'en essayer l'emploi lorsque la tête n'est point encore arrivée dans l'excavation.

Cette doctrine me paraît dangereuse. Je sais bien qu'un

accoucheur habile triomphera le plus souvent des difficultés que présente cette position, sans avoir recours au forceps. Je sais en outre qu'alors on n'applique pas sans peine l'instrument au détroit supérieur; mais il est incontestable aussi que la tête peut être arrêtée au détroit par un rétrécissement tel que les efforts les mieux combinés de la main soient insuffisans pour l'extraire. Or, dans ce cas, pourquoi le forceps n'offrirait-il pas les mêmes avantages que dans les positions du vertex? D'ailleurs, à moins de pratiquer la symphyséotomie, y a-t-il un autre moyen d'extraire le fœtus vivant? J'ajouterai que, le tronc étant dehors et la tête en quelque sorte à l'abri des contractions utérines, les efforts exercés sur le corps avec la main et nécessaires pour lui faire traverser les passages, porteront le plus souvent sur le rachis de l'enfant au point de compromettre gravement sa vie, tandis que sous ce rapport le forceps n'expose pas aux mêmes dangers.

En conséquence, on peut avoir recours au forceps dans les présentations du pelvis, 1° lorsque la tête n'est arrêtée que par le détroit inférieur, et qu'on a pu se convaincre que les efforts de la main seule seraient insuffisans ou trop dangereux; 2° quand cette partie n'a pas encore franchi le détroit supérieur, et pourvu qu'elle y soit engagée, que la face, au moins, se trouve en partie dans l'excavation, et qu'il soit possible de porter l'extrémité de quelques doigts jusqu'à l'orifice. Bien entendu, en outre, que, dans les deux cas, on aura, au préalable, forcé le menton à s'abaisser, fait exécuter à la tête son mouvement de flexion et dégagé les épaules.

F. Fœtus doubles.

Dans le cas où deux fœtus sont unis l'un à l'autre par leur plan antérieur ou postérieur, et lorsque deux têtes volumineuses sont supportées par un seul tronc, il est possible que les efforts les mieux combinés de la femme et de l'accoucheur ne puissent pas effectuer la délivrance sans le secours du forceps.

Si le tronc ou les deux troncs sont sortis, il faut que l'une des têtes soit déjà dans l'excavation, pour permettre l'emploi du forceps. Si l'enfant monstrueux se présentait par le sommet, on ne devrait pas non plus rejeter cet instrument, quand même les deux têtes n'auraient franchi ni l'une ni l'autre le détroit supérieur. Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsque le tronc est au dehors, c'est la tête la plus rapprochée du plan postérieur du bassin qni doit descendre la première, et dans le deuxième, au contraire, celle qui était naturellement tournée vers le pubis.

Du reste, l'opération, soumise aux règles générales indiquées plus haut, n'exigerait d'autre précaution que celle de relever fortement, et de bonne heure, le manche du forceps, et de tirer presque dès le principe dans la direction de l'axe de la vulve. Ce serait le seul moyen de ne pas forcer la seconde tête, encore contenue dans la matrice, à se renverser ou à rester comme accrochée au-dessus des pubis ou de l'angle sacro-vertébral.

G. Tête restée seule dans la matrice.

Autrefois on ménageait si peu les tractions exercées sur le fœtus lorsqu'on croyait être obligé de le tirer par les pieds, qu'il n'était pas rare de voir le cou se séparer de la tête et d'arracher ainsi le tronc pendant la violence des efforts. Aujourd'hui cet accident ne pourrait arriver qu'à l'accoucheur le plus ignorant ou le plus irréfléchi; car avec la main seule, il n'est jamais permis de mettre en jeu assez de force pour le produire. Ce ne serait que si l'un des passages, suffisamment large pour laisser sortir le tronc, était assez resserré d'ailleurs pour arrêter complètement la tête, qu'il deviendrait utile peut-être de séparer la portion de l'enfant qui est au-dehors de celle qui est encore renfermée à l'intérieur des organes génitaux. (Voy. *Position du bras.*)

Mais, en admettant cette nécessité pour quelques cas, elle doit au moins être excessivement rare, puisque la sortie du

tronc n'empêche pas absolument l'application du forceps sur la tête. Néanmoins, comme on rencontre malheureusement encore beaucoup de gens qui se livrent à la pratique des accouchemens sans en avoir les plus simples notions, il serait imprudent à l'homme instruit de ne pas songer à ce qu'il ferait s'il était appelé près d'une femme dont on aurait ainsi détronqué le fœtus, volontairement ou involontairement, par des tractions immodérées ou avec l'instrument.

Avant tout, il faudrait disposer convenablement la tête, c'est-à-dire obliger son diamètre occipito-mentonnier à se mettre en rapport avec les axes du bassin, et la face à se tourner en arrière.

Arrivée dans l'excavation, il est presqu'aussi facile de la saisir que si elle n'était pas séparée du corps. Au détroit supérieur l'opération est souvent des plus délicates, et ne paraît pas même praticable, lorsque la matrice est à peine contractée, et quand la face ou l'occiput ne sont pas encore engagés. Quand la tête est solidement fixée par le resserrement de l'utérus, ou quand on peut la maintenir avec la main, de manière à ce qu'elle ne fuie pas sous l'instrument qui cherche à la pincer, on se comporte comme si le corps y était encore attenant. Seulement, pour être plus sûr qu'elle ne tend point à basculer, à mettre le diamètre occipito-frontal à la place du diamètre occipito-mentonnier, pendant les tractions, on tâche de tenir appliqués sur la face ou le menton les deux premiers doigts de la main qui embrasse près de la vulve la racine du forceps.

Après la décollation, deux obstacles peuvent s'opposer à la sortie de la tête. Ces obstacles, qu'à très-bien compris M. Champion, sont le resserrement brusque du col utérin, et les vices des détroits. En d'autre terme, la tête est retenue alors par la matrice ou par le bassin; en sorte que les bains, les opiacés, les relachans, les émissions sanguines mêmes doivent souvent précéder ici l'emploi du forceps.

H. Résumé du forceps.

En terminant cet article, je pense devoir rappeler les corollaires suivans :

1° Le forceps ne doit jamais être appliqué sans une nécessité bien reconnue, attendu que s'il est inoffensif pour l'enfant, la mère peut en recevoir les plus graves atteintes.

2° Dans la pratique des bons accoucheurs, le forceps n'est guère employé qu'une fois sur deux cents accouchemens. Comme tout porte à croire que le seigle ergoté finira par le rendre inutile dans une foule de circonstances, son usage deviendra sans doute encore de plus en plus rare.

La plupart de ceux qui s'en servent plus fréquemment n'ont pas tort simplement parce qu'ils pratiquent une opération inutile, mais aussi, et surtout, parce qu'ils dérangent sans besoin la marche d'une fonction naturelle, parce qu'ils s'exposent volontairement à rendre les suites de couches plus compliquées, en admettant même qu'ils soient sûrs de ne blesser aucun organe.

3° Le forceps ne peut être appliqué avec avantage que sur la tête, soit qu'elle descende la première, ou bien seulement à la suite du tronc.

4° C'est tout à la fois pour entraîner la tête et pour diminuer le volume des parties, qu'on doit compter sur lui.

5° Il n'est permis de l'introduire dans la matrice qu'autant que l'orifice est suffisamment dilaté et que la tête n'est plus libre ni immobile au-dessus du détroit supérieur.

6° Autant que possible ses cuillères doivent embrasser exactement les deux côtés de la tête, dans la direction du diamètre occipito-mentonnier. Cependant, quand on éprouve quelque embarras ou quelque doute, il est plus commode et plus prudent de les conduire sur les parties latérales du bassin.

7° Excepté dans la position occipito-iliaque droite, si on ne voulait pas saisir la tête par l'occiput et le front, la branche

gauche doit toujours être placée la première, parce que c'est elle qui doit rester en dessous.

8° De quelque manière qu'on porte les cuillères, il faut en ramener le bord concave en avant; si la tête avait été saisie par les extrémités de son diamètre occipito-frontal et qu'elle ne se fût pas retournée d'elle-même en descendant, entre les serres de l'instrument, on pourrait l'abandonner au détroit inférieur, pour la reprendre dans un autre sens si le forceps était encore nécessaire. Rien n'empêche néanmoins de négliger cette précaution dans la plupart des cas. Que la tête ait été prise ainsi pour une position transversale de la face ou du vertex, le crâne finit toujours par contracter les mêmes rapports avec l'instrument, et rien n'empêche de le tirer au-dehors obliquement, ou même absolument en travers.

9° On doit tirer dans la direction des axes, toujours avec douceur, jamais avec précipitation, ni par secousses. Les tractions à droite et à gauche ne sont utiles que jusqu'au moment où la tête remplit la vulve, et seraient quelquefois dangereuses si on les exerçait au détroit supérieur.

10° Ce n'est pas seulement parce qu'il est inutile, qu'on doit ôter l'instrument quand la tête n'est plus arrêtée dans le détroit inférieur que par les parties molles, mais encore et principalement pour éviter la déchirure du périnée en permettant à la vulve de se dilater avec plus de lenteur et de régularité.

11° Depuis Levret jusqu'à Baudelocque, qui en a considérablement restreint l'usage, le forceps fut si souvent employé, qu'il était devenu la source d'une foule d'abus. Aussi voit-on Denman (1), grand partisan de la version, soutenir qu'en France on aime trop les instrumens, et que sous ce point de vue la pratique anglaise est beaucoup plus rationelle. C'est encore à l'abus qu'on en faisait, sans doute, qu'on doit les déclamations d'A. Leroy (2) contre le forceps, qu'il regarde

---

(1) *Introd. à la pratiq.*, etc., tome II, p. 308.

(2) *Histoire nat. de l'accouch.*, etc., p. 69.

comme un instrument inutile et dangereux, d'A. Leroy, qui ne craint pas d'avancer (1) que « le vrai forceps est la lancette ! » Aujourd'hui les habitudes ont bien changé : c'est en France peut-être que le forceps est le moins employé. Du temps de Clarcke (2), on ne s'en servait qu'une fois sur 728 accouchemens en Angleterre. C'était une fois sur 125 du temps de Smellie (3). On a dit depuis dans ce pays qu'il n'était utile qu'une fois sur 158 (4), sur 188 (5) ou même sur 353 (6), tandis que M. Merriman (7) le veut une fois sur 93, et M. Burns (8), qui blâme la doctrine expectante d'Osborne, une fois sur 53. M. Beatty (9), soutient n'avoir perdu que trois des femmes délivrées par le forceps, et M. Burns, qui s'applaudit d'avoir abandonné la pratique pernicieuse de Clarcke, dit être devenu, comme Osiander et Hamilton, grand partisan des instrumens quand le travail se prolonge. On est encore bien plus impatient en Allemagne; car il paraît que sur 350 accouchemens, M. Hagen (10) a mis le forceps 93 fois en usage, et le crochet 28 fois. M. Nægèle (11), dont la pratique est si éclairée, l'admet aussi une fois sur 53.

12° Il a été appliqué à l'Hôtel-Dieu de Paris (12) une fois sur 280, en 1829; à l'hôpital Saint-Louis, une fois sur 240, en 1828 (13); à Liège, 2 fois sur 216, en 1808 (14); à Strasbourg,

---

(1) Oper. citat., p. 77.
(2) *Transat. of Dublin*, vol. I.
(3) Burns, *Principl. of midwif*, etc., p. 434.
(4) *Ibid.*
(5) *Ibid.*
(6) *Ibid.*
(7) *Synops. of diff. parturit*, p. 328.
(8) *Principl. of midwif.*, p. 434.
(9) *Dubl. med. trans.* vol. I, p. 51.
(10) Ryan, *Manual of midwif.*, p. 137.
(11) Burns, oper. citat., p. 434.
(12) Darcy, *Thèse*, Paris 1830.
(13) Papavoine, *Journal des Progrès*, tome XIV.
(14) *Bulletin de la Faculté*, tome II, p. 75.

2 fois sur 85, en 1825 (1); à Troyes, 2 fois sur 1,262 par M. Pigeotte (2).

M. Richter (3) en indique 15 cas sur 2,571 à l'hôpital de Moscow, et 34 sur 624 dans sa pratique privée; M. Carus (4), 19 sur 220, en 1827; Siebold (5), 15 sur 137; M. Kluge (6), 15 sur 268, M. Kilian (7), 120 sur 12,000; M. Riecke (8), 2,740 sur 220,000; M. Hart (9), 1 sur 398; M. Cusack (10), 3 sur 313; M. Ciniselli (11), 1 sur 94; M. Merrem (12), 14 sur 157. Ayant établi ailleurs que le forceps doit être préféré à la version, lorsqu'on peut l'appliquer, je me bornerai ici à dire que dans le relevé de M. Riecke, on voit 1,600 fœtus morts sur 3,000 versions, tandis qu'il n'y en a que 630 pour 2,700 accouchemens avec le forceps.

Il ne sera question du céphalotribe qu'à l'occasion de l'angustie pelvienne.

ART. 2. Du levier.

Herbiniaux et Denman ont hautement soutenu que le levier est incomparablement plus avantageux que le forceps. Bien qu'on n'en ait jamais eu en France une aussi haute idée, il a cependant beaucoup occupé les médecins de notre pays, depuis le milieu du siècle dernier.

---

(1) *Rev. méd.* 1829, tome I, p. 462.
(2) *Clin. des hôpitaux*, tome III, p. 397.
(3) *Sypnops. prax. med. obstetr.*, etc., p. 416.
(4) *The Lancet*, 1829, vol. I, p. 448.
(5) *Bulletin de Férussac*, tome XXI, p. 401.
(6) *Ibid.* p. 402.
(7) *Ibid.* tome XXV, p. 352.
(8) *Archiv. gén.* tome XXII, p. 380.
(9) Dublin *rep.* vol. V, p. 495.
(10) *Ibid.* vol. V, *rapp.* de 1829.
(11) *Gazette méd.* de Paris, 1833, p. 36.
(12) *Bulletin de Férussac*, tome XVII, p. 283.

On n'en connaît pas plus que pour le forceps le premier inventeur. Est-ce l'*uncus* de Celse ou la curette des lithotomistes qui en a donné l'idée? est-ce l'instrument dont se servaient les Chamberlain, comme le prétend Mulder, ou la cuillère de Palfin, ou l'une des branches du forceps de Smellie, diversement modifiés? Toujours est-il que Roonhuysen, qui en fit un secret, se rendit célèbre dans l'art d'accoucher, au moyen d'un instrument particulier, usité depuis sous le titre de *levier de Roonhuysen*. Cet instrument, qui, de Roonhuysen (1), était passé à de Bruyn, fut acheté et publié par de Vischer et Van de Poll (2), en 1753; mais comme pour le forceps encore, il en parut, à très-peu de distance, un grand nombre de descriptions fort différentes les unes des autres. On eut bientôt un levier de Boom, un autre de de Bruyn, un troisième de Titsing, un de Palfin ou d'Heister, un de Cole (3) semblable à une branche de forceps, un de Griffith (4) qui est brisé, un levier de Wathen, un levier d'Aitken (5), mobile et à chaîne, etc. On ne varia pas moins sur sa manière d'agir. Selon les uns, il devait être porté sur l'occiput, *potentia agit in os occipitis*, c'était le secret de famille. Selon d'autres, on devait l'appliquer sur la tempe. Camper (6) dit que Titsing voulait qu'on le plaçât sur l'apophyse mastoïde; mais cet auteur s'en défend vivement dans une lettre écrite à Herbiniaux (7), et soutient qu'il suivait la même méthode que Roonhuysen. D'autres enfin recommandaient de le fixer sur le côté du menton. Quant à ses avantages, ils étaient immenses, à entendre de Bruyn. Aucune difficulté ne pouvait lui résister. Tête renversée, tête arrêtée au passage, tête enclavée, le levier triomphait de tout, et à l'aide de ce merveilleux instrument, l'accoucheur hollan-

(1) Levret, *Accouch. labor.*, etc., *forceps*, etc., 1780.

(2) Smellie, *Théor. et prat. des accouch.*, t. IV, à la fin.

(3) Denman, *Introd. à la pratiq.* etc, tome II, p. 145.

(4) *Ibid.* t. II, p. 165.

(5) *Ibid.* p. 167.

(6) *Mém. de l'Acad. de chirg.* etc., tome V.

(7) *Sur divers cas d'accouch.* etc., tome I, p. 111, 112.

dais prétend avoir désenclavé huit cents têtes dans l'espace de quarante-deux ans. Les auteurs français ont, au contraire, soutenu qu'il n'est propre qu'à redresser la tête, qu'à forcer l'occiput renversé à se replacer au centre du bassin.

Quoi qu'il en soit, au lieu d'une plaque d'acier longue d'environ dix pouces et large d'un pouce et demi, courbée en forme de spatule à ses deux extrémités, enveloppée d'emplâtre adhésif, d'après de Bruyn, ou d'une peau de daim, comme le voulait Boom ; au lieu d'une simple spatule ou d'une sorte de cuillère pleine, dont le manche était terminé par un large anneau, ce qui constituait le levier de Titsing, le levier d'aujourd'hui, tel que l'ont modifié Pean et Beaudelocque, n'est autre chose qu'une des branches du forceps droit de Smellie, très-allongée, dépourvue d'entablure et peu courbée. Cette tige, dont la cuillère est largement fenêtrée et la racine supportée par un manche d'ébène, a d'ailleurs été modifiée elle-même d'une infinité de manières par les modernes, soit dans sa largeur, soit dans le degré et la forme de sa courbure, soit parce que quelques-uns en ont fait une tige brisée pour la plier et la rendre plus portative. Celui de Lowder (1) est le meilleur, dit M. Blundell, et les règles établies par M. Gaitskell (2) sont ce qu'il y a de mieux pour en indiquer l'emploi.

§ 1er. Usages.

D'après l'idée que l'axiôme de Roonhuysen a fait naître, et qui a surtout été adoptée parmi nous, on a fini par convenir que le levier n'était point destiné à remplacer le forceps, qu'il ne pouvait, tout au plus, servir qu'à suppléer le mouvement de flexion de la tête, en accrochant l'occiput. Dès-lors, son usage a dû se trouver fort restreint ; car, en pareille circonstance, les doigts suffisent presque toujours, et si, après tout, un instrument était nécessaire, la branche du forceps en ferait tout autant que le levier lui-même.

---

(1) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 37, 58.
(2) *Med. rep.* septembre 1823.

Mais ce n'est pas ainsi que l'entendent quelques accoucheurs anglais, que l'avaient imaginé ses inventeurs, ni qu'on doit réellement l'interpréter.

Le levier est un instrument à deux fins. D'un côté, il peut être employé dans le but de redresser la tête, de la ramener à sa position naturelle; de l'autre, il est possible de s'en servir comme du forceps pour entraîner la tête au dehors, lorsqu'elle est descendue dans l'excavation. Dans le premier cas, les doigts ou une branche du forceps pourront, à la rigueur, le remplacer le plus souvent; mais dans le second, je suis convaincu qu'il est susceptible à son tour de remplacer avantageusement le forceps assez fréquemment. Dans le premier cas, il agit sur l'occiput ou la bosse pariétale à la manière d'un simple crochet; dans le deuxième, il fait véritablement l'office d'un levier du premier genre.

Comme crochet, celui qu'on trouve chez tous les couteliers des environs de l'École de Médecine, et qui est à peu près tel que l'ont modifié Péan et Baudelocque, celui de Flamant surtout, ne laisse rien à désirer. Les modifications d'Herbiniaux (1), qui en avait transformé le manche en une espèce de seringue, et qui veut qu'on en traverse la tige d'un ruban près de la fenêtre, sont complètement inutiles.

Comme levier, j'aime mieux qu'il soit un peu plus court, et brisé au moyen d'une charnière qui n'ôte rien à sa force; ensuite, qu'il soit droit depuis l'extrémité du manche jusqu'à trois pouces environ de l'extrémité libre de la cuiller; que celle-ci soit large, ovalaire, et se termine par une racine plate, allongée, qui se rétrécit insensiblement pour se continuer avec le manche. La courbure du mien est assez prononcée, toutefois, plus prononcée que celle du forceps. A l'exception de la partie moyenne de sa concavité, celle qui doit spécialement appuyer sur la tête, il faut qu'il soit très bien poli. Du reste, pour fabriquer de pareils instrumens, on ne saurait employer de trop bon acier.

---

(1) *Sur divers accouch. labor.*, 1782, tome I, p. 202.

I. Emploi du levier comme crochet.

Si donc on veut faire usage du levier, en se conformant aux principes des auteurs français, on le saisit avec la main droite pour la position occipito-iliaque droite, avec la main gauche, au contraire, pour la position occipito-iliaque gauche, et avec l'une ou l'autre main dans les positions antéro-postérieures. Exigeant les mêmes précautions que chaque branche du forceps, il doit être conduit de même entre la face interne des organes génitaux et la tête, jusqu'à ce qu'il ait dépassé la saillie occipitale ou la bosse pariétale, et de manière que sa concavité puisse aisément s'appliquer sur l'une ou l'autre de ces parties. Comme il n'est pas possible de le faire glisser directement derrière l'occiput, dans les positions occipito et fronto-pubienne, on le porte d'abord un peu de côté, pour le ramener ensuite sur le point qu'il doit abaisser. Quand il est bien placé, la main qui en a dirigé la cuillère, en embrasse la racine. Pour être sûr qu'il ne glisse pas, et que son dos ne frotte pas contre les parties de la femme, on tire sur son manche avec l'autre main, en arrière, en avant ou de côté, enfin en sens inverse de celui où est tournée la saillie qu'on veut faire descendre. C'est l'intervalle des contractions qu'on choisit, en général, et, dès que le vertex est arrivé au centre du bassin, l'opération est terminée. On retire l'instrument, et l'accouchement est ensuite abandonné à lui-même, ou bien on l'aide avec des moyens d'un autre genre, s'il est nécessaire. Flamant (1), qui a voulu ressusciter l'emploi du levier en France, et qui en use à la manière d'un crochet, veut qu'une des mains soit portée sur le point opposé du crâne et qu'elle agisse conjointement avec le levier pour extraire la tête. Conduit de cette façon, le levier lui a, dit-il, souvent tenu lieu du forceps avec avantage; mais dès qu'on se propose ce but, la méthode suivante doit être préférée.

---

(1) *Journal compl* tome XXXIX, p. 6.

II. Du levier employé comme forceps.

L'emploi du levier à la manière des accoucheurs hollandais et anglais, c'est-à-dire comme pouvant remplacer le forceps, et telle que je le comprends, est fort simple dans son mécanisme. D'abord il serait bon que la tête fût dans l'excavation, et qu'elle eût exécuté, au moins en grande partie, son mouvement de pivot; ensuite, qu'il n'y eût qu'un léger resserrement au détroit inférieur, ou mieux que le ralentissement du travail dépendît uniquement du défaut d'action de la matrice ou de la femme. Quelle que soit la position de la tête, c'est la main droite qui doit être préférée pour tirer, à moins, toutefois, que l'accoucheur ne soit *gaucher*. Pour l'introduction, on a recours à la main droite si le levier doit être porté à droite du bassin, et à la main gauche dans le cas contraire.

Si l'occiput est en avant, ou un peu à gauche, la main droite introduit le levier comme elle introduirait la branche droite du forceps, au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite. Quand il a pénétré suffisamment, on combine l'action des deux mains pour ramener la concavité de sa cuiller sur la région temporo-pariétale droite, c'est-à-dire dans la direction de l'axe occipito-mentonnier, et sur les mêmes parties qu'embrasserait la branche correspondante du forceps. Les doigts de la main gauche soutiennent le côté gauche du vertex. Le pouce, placé près de la vulve, embrasse le dos du levier, auquel il sert de point d'appui conjointement avec la partie droite de l'arcade pubienne. Alors on attend un effort de l'organisme. Puis, avec la main droite, on tire avec lenteur, mais avec force, comme si on voulait faire basculer de bas en haut et de gauche à droite un levier du premier genre. La tête cède généralement avec facilité. On l'entraîne peu à peu dans l'axe du détroit inférieur, qu'elle franchit en exécutant son mouvement d'extension; après quoi le levier devient inutile.

De cette manière, l'effort que supporte la tête agit du menton vers l'occiput, ou dans la direction d'une ligne qui se per-

terait de l'angle maxillaire droit au côté gauche du sommet; en sorte que, soutenue d'ailleurs par le plan postérieur gauche du bassin, il n'y a rien d'étonnant qu'elle se laisse facilement entraîner.

Si l'occiput était à droite, en deuxième position, par exemple, c'est la main gauche qui s'emparerait du levier pour l'introduire; mais ensuite elle se replacerait comme ci-dessus, et la main droite, saisissant le manche de l'instrument, tirerait aussi de la même manière, avec cette différence seulement que le mouvement de bascule aurait lieu de droite à gauche et non de gauche à droite.

Si le vertex se trouvait en arrière, au lieu d'être en avant, il faudrait appliquer le levier sur la région pariéto-temporale, dans la direction du diamètre occipito-bregmatique et opérer le mouvement de bascule, de telle sorte que l'occiput, qui doit supporter ici le principal effort, sortît le premier audevant du périnée et fût relevé avec force vers le centre de la vulve. Cette position est moins avantageuse que l'autre, sans doute, mais elle n'est pas encore très-dificile.

Ce que fait le levier dans ces circonstances, le forceps le ferait également, je le sais, et peut-être plus sûrement encore. Aussi mon but n'est-il pas de substituer le premier de ces instrumens au second. J'ai simplement voulu faire sentir que chez nous on a généralement mal compris le mécanisme du levier. Sans être indispensable, son emploi, dans quelques circonstances, n'est peut-être pas à dédaigner. Son application est trop simple, trop inoffensive, en comparaison de celle du forceps, pour qu'on n'y ait pas recours quand la tête se présente au détroit périnéal et ne paraît être arrêtée que par le défaut d'action des organes de la femme. J'ajouterai même que son introduction aurait souvent le grand avantage de rappeler les contractions utérines, ainsi que celles des muscles abdominaux, et, par là, d'accélérer, indirectement au moins, la terminaison du travail, sans exposer la mère ni l'enfant à aucun danger. Je suis heureux d'ailleurs de me rencontrer presqu'en tout pour cette doctrine avec Desor-

meaux. Ford (1), qui n'employait que le levier, Douglas, Sims, Croft (2) qui le préféraient au forceps, M. Blundell qui en étend encore l'éloge, n'ont pu en faire usage que de cette manière, à moins qu'ils n'aient suivi une manœuvre semblable à celle de Flamant.

SECT. III. Des lacs et des filets.

Les lacs sont des pièces de toile, de fil ou de soie, de laine, de cuir, de coton, rendues quelquefois plus fortes par l'addition de joncs, de baleines, de fils d'archal, de lames de fer ou d'acier, diversement entrelacées et travaillées, qu'on appliquait autrefois sur différentes parties du fœtus pour en opérer l'extraction. L'emploi de ces moyens est très-ancien et remonte sans aucun doute jusqu'à Hippocrate. Rhazès avait imaginé un filet que vante encore Smellie (3). Avant la découverte du forceps et du levier, les lacs et les filets étaient avec le crochet les seuls instrumens qu'on appliquât sur l'enfant pour l'extraire, quand on avait quelque espoir de le conserver à la vie. Avicenne conseille de les porter sur le tronc ; mais c'est particulièrement dans le but de les placer sur la tête, que Mauriceau, Amand, Pugh, Smellie, Burton et d'autres imaginèrent des espèces de bourses, de gaînes ou de coiffes, de frondes et de bandelettes maintenant entièrement oubliées, bien que M. Bœng (4) ait encore inventé de nos jours une sorte de fourche pour conduire ces différens lacs. Dionis (5) traitait déjà la fronde de Mauriceau de belle invention d'application impossible, et Levret (6), qui avait beaucoup préconisé l'espèce de pince tire-tête (7) qui porte son nom, avoue lui-même

---

(1) Denman, *Introduct. à la pratiq.* etc., tome II, p. 163.

(2) *Ibid.* trad. de Kluyskens.

(3) *De la théorie et de la pratiq. des accouch.* etc, tome I, p. 41.

(4) *Bulletin de Férussac*, tome I, p. 243.

(5) *Traité gén. des accouch.* etc., p. 266

(6) *Accouch. labor.*, 3e édit. p. 347.

(7) *Art des accouch.* p. 342.

que le forceps rend ces divers moyens complètement inutiles. Si le forceps rend inutiles tous les filets qu'on appliquait jadis sur la tête, la version par les pieds, mieux connue et surtout mieux exécutée qu'elle ne l'était avant le dernier siècle, rend superflus, de son côté, tous les liens que certains accoucheurs portaient sur le tronc pour l'entraîner artificiellement; de façon qu'aujourd'hui le lacs est tout simplement un ruban de fil, de soie ou de laine, long d'une aune environ et large d'un pouce, à l'aide duquel on s'assure d'un membre déjà sorti, pendant qu'on va chercher l'autre ou le reste du fœtus. Quelques personnes s'en servent encore cependant pour exercer des tractions sur le jarret, l'aîne ou l'aisselle; mais comme les crochets mousses ou les doigts offrent toujours plus d'avantages, ils ne deviennent réellement utiles que sur le poignet ou au-dessus de la malléole, dans les présentations du bras ou quand on fait la version sur les pieds.

Pour le placer, on met d'abord le ruban en double. Puis on fait un nœud coulant, qu'on tient écarté avec l'extrémité du pouce et de deux ou trois doigts d'une main, qui saisit la main ou le pied de l'enfant; après quoi on fait glisser et on fixe, avec l'autre main, l'anneau du lacs au-dessus de l'articulation du tarse ou du carpe. On l'abandonne ensuite à un aide, qui doit le maintenir sans tirer, pendant que l'opérateur va chercher les autres parties qu'il veut amener au détroit inférieur. Quand on est parvenu à faire descendre les deux membres abdominaux, on n'a plus besoin du lacs, si c'est sur la jambe qu'il avait été placé. Sur le poignet, on peut s'en servir encore pour forcer le bras à se maintenir allongé le long du tronc, et pour favoriser en conséquence la sortie de l'épaule correspondante. Au total, le lacs est un secours dont l'application est actuellement renfermée dans des limites extrêmement restreintes, et dont le mécanisme est trop facile à concevoir pour que j'entre à ce sujet dans de plus longs détails.

SECT. IV. De l'enclavement.

Selon Peu, qui en a parlé le premier, après Aëtius, la tête est enclavée dans le passage, lorsqu'elle y est étroitement prise entre l'os pubis et le sacrum, sans avancer ni reculer, et sans qu'on puisse y porter le moindre instrument. Dans l'enclavement, d'après De La Motte, la tête se trouve serrée entre les os du bassin, comme la clef entre les voussoires d'une voûte. Rœderer (1) veut, pour qu'il y ait enclavement, que la tête soit tellement embrassée dans le détroit, ou l'excavation, par tous les points de sa circonférence, que le plus mince stylet ne puisse pas être porté entre elle et les organes de la femme. Quand il y a enclavement, dit Deleurye (2), qui en admet un vrai et un faux, la tête prise entre les deux détroits ne peut remonter ni descendre. Beaudelocque dit que la tête est enclavée, quand elle est fixée au détroit supérieur par les deux extrémités d'un de ses diamètres, de manière qu'elle ne puisse ni avancer sous l'influence des forces naturelles, ni être refoulée par la main de l'accoucheur. Dans l'enclavement, selon Flamant (3), la tête prise par deux points opposés, immobile de haut en bas, peut être refoulée, mais elle ne peut subir aucun mouvement de rotation.

La définition de Baudelocque, adoptée par les accoucheurs modernes, et légèrement modifiée par Desormeaux, est sans contredit la plus exacte, et peut être ainsi rendue : la tête est enclavée toutes les fois que, pincée dans le bassin par deux points diamétralement opposés de son contour, il lui est impossible de descendre sous l'influence des seuls efforts expulsifs, et qu'on ne peut la faire remonter qu'avec les plus grandes difficultés. L'enclavement à la manière de Rœderer, ou la paragomphose, n'est pas possible. Madame Lachapelle n'en admet même d'aucune espèce, et pense que tout ce qu'on

(1) *Opusc. méd.* Gœttingue, 1763, p. 205.

(2) *Traité des accouch.* etc., p. 242.

(3) Schilling, *Thèse* de Strasb. 29 août 1807.

a décrit sous ce titre doit être rapporté aux vices du bassin, aux mauvaises positions de la tête, ou bien à des contractions fortes et permanentes de l'utérus.

Quoiqu'il en soit, l'enclavement est devenu très-rare de nos jours, et de Bruyn, qui prétend l'avoir rencontré huit cents fois dans l'espace de quarante ans, Berkman et Titsing qui en citent deux cent soixante-deux cas pour dix-neuf années de pratique, devaient en avoir une autre idée que nous. Il me paraît évident, d'après les détails donnés par Camper (1) à ce sujet, que les accoucheurs hollandais appelaient enclavement tous les cas dans lesquels la tête, arrêtée d'une manière quelconque dans le bassin, semblait réclamer l'emploi du levier de Roonhuysen; de sorte que ce qu'ils ont dit de la tête enclavée n'a presque aucun rapport avec ce qu'on a décrit depuis Baudelocque sous ce nom. M. Dewees (2), qui parle de l'enclavement d'après les idées de Baudelocque, est étonné de ne le rencontrer presque jamais et pense que cela tient à ce que les Américaines ont le bassin généralement mieux conformé que les femmes d'Europe; mais il tiendrait probablement un autre langage, s'il savait que madame Lachapelle ne l'a point observé du tout, et qu'à peine en a-t-on quelques exemples à Paris chaque année.

D'abord, il ne faut pas confondre avec l'enclavement les cas où la tête est simplement fixée au détroit supérieur, parce que la matrice, débarrassée du liquide amniotique, est depuis long-temps comme collée sur le fœtus, ni comme le fait Lemoine (3), ceux dans lesquels on la voit s'arrêter dans l'excavation, entre deux détroits fortement resserrés, et après avoir péniblement franchi le cercle pelvien supérieur, ni ceux où sa sortie n'est empêchée que par la résistance du périnée ou le rétrécissement du détroit inférieur.

A. *Mécanisme*. La tête ne peut guère s'enclaver qu'au détroit abdominal, entre les pubis et le sacrum; encore, pour

---

(1) *Acad. de chir.* tome V, p. 450.

(2) *System. of midwif.* etc., Philadelph. 1825.

(3) Burton, *nouv. syst. des accouch.*, *etc.*

que la chose arrive, faut-il la réunion d'un grand nombre de conditions : 1° que la tête se présente directement en travers ou d'avant en arrière ; 2° si le bassin est bien conformé, qu'elle ait un volume énorme ; 3° que le resserrement de la cavité pelvienne ne soit pas porté trop loin, ou, comme le veut Osiander (1), que le détroit soit reniforme ; 4° qu'il y ait entre le sacrum et le pubis trois pouces et demi pour une position antéro-postérieure, ou trois pouces pour une position transversale ; attendu que l'enclavement n'existe qu'autant que la tête a pu descendre jusqu'au niveau de sa plus grande épaisseur ; 5° que les contractions utérines aient été énergiques.

Parmi ces conditions, il en est une sur laquelle je dois revenir un instant. J'ai peine à concevoir que le diamètre occipito-frontal puisse réellement se prendre ainsi dans le diamètre sacro-pubien. Les branches du levier qu'il représente sont trop inégales pour que sa portion occipitale manque de s'abaisser la première, surtout lorsque les efforts de la femme réagissent violemment sur lui par l'intermède de la colonne vertébrale. Il me semble donc probable que c'est bien plutôt le diamètre occipito-bregmatique qui s'enclave, et que la tête peut être retenue entre le sacrum et le pubis, aussi bien par tous les autres diamètres de la circonférence occipito-bregmatique que par le seul diamètre bi-pariétal.

On peut encore admettre, avec Desormeaux, que l'enclavement est susceptible de s'effectuer quelquefois dans l'excavation, lorsque le sacrum, plane ou presque plane, fait que la tête passe dans un canal de moins en moins large, à mesure qu'elle descend, et qu'elle finit par ne plus pouvoir tourner sur son axe, ni avancer, ni même être refoulée, au-delà de quelques lignes vers le détroit supérieur.

B. *Signes.* On a donné comme signes de l'enclavement le boursoufflement des lèvres du col et des parties génitales externes, un gonflement extrême du cuir chevelu et le chevauchement des os du crâne ; mais la plupart de ces phénomènes

(1) Schilling, *oper. citat.*

peuvent se manifester sans qu'il y ait enclavement, et sont insuffisans, par cela seul, pour fonder un diagnostic certain.

Le signe pathognomonique, en pareil cas, se tire de la fixité de la tête, qui, malgré l'énergie des douleurs, ne fait aucun progrès pendant plusieurs heures. Au moment de la contraction, il semble bien qu'elle avance un peu; mais aussitôt après, elle remonte au même point qu'elle occupait auparavant. Si l'accoucheur cherche à la repousser avec la main, il la trouve immobile, et ne parvient à l'ébranler qu'avec les plus grandes difficultés. Il faut aussi savoir qu'en s'allongeant, elle peut sembler descendre, se rapprocher de la vulve, quoique dans le fait sa position ne varie pas. C'est même ce qui a dû tromper souvent les praticiens, en leur faisant croire que le détroit supérieur était complètement franchi, dans une foule de cas où la circonférence occipito-bregmatique n'y était pas encore engagée. On touche. Le sommet se trouve à quelques lignes de la vulve et l'on en conclut que la tête est descendue dans l'excavation. Pour éviter l'erreur et la concevoir, il faut se rappeler 1° que la symphyse des pubis n'a que dix-huit à vingt-quatre lignes de hauteur, et que, par conséquent, la tumeur des tégumens crâniens peut facilement affleurer le sommet de la vulve, quoique les bosses pariétales soient encore au détroit supérieur; 2° que c'est en arrière surtout, et non pas simplement en avant, qu'on doit porter le doigt, quand il s'agit de reconnaître les points du bassin occupés par la tête; et 3° que l'enclavement peut avoir lieu au-dessous du détroit abdominal.

C. Dangers. Cette cause de dystocie offre divers degrés. Tantôt la disproportion entre la tête et le bassin est si peu considérable, qu'il n'en résulte qu'un peu plus de lenteur dans le travail et de fatigue pour la femme. D'autres fois, elle est assez marquée pour rendre l'accouchement excessivement difficile, mais non pas tout-à-fait impossible sans secours, si les contractions se soutiennent. Tantôt, enfin, elle est tellement grande, que la nature est tout-à-fait impuissante pour en triompher, et que les ressources de l'art deviennent indispensables.

Dans le premier cas, l'enclavement est peu dangereux, et n'entraîne ordinairement à sa suite qu'un peu plus d'irritation ou de disposition aux inflammations.

Dans le second et le troisième, il forme un accident grave et pour la mère et pour le fœtus. Les douleurs se succédant en pure perte, avec force et rapidité, finissent par amener l'épuisement général et l'inertie, s'il n'en résulte pas même une phlegmasie de la matrice ou du péritoine, une perte ou des convulsions. La vessie, le rectum, le vagin, l'urèthre et autres parties molles de l'excavation, longuement et vivement comprimés, peuvent se contondre, s'ulcérer, se gangréner par plaques, et devenir le siége de fistules trop souvent incurables, ou de quelqu'autre altération non moins redoutable. La compression des nerfs, et des vaisseaux en particulier, peut donner lieu à la paralysie, au gonflement, à l'infiltration des membres pelviens et de la vulve; les symphyses, violemment distendues, courent elles-mêmes quelquefois des risques, quand les efforts expulsifs sont énergiquement soutenus.

La longueur du travail, après l'écoulement des eaux, l'action directe des contractions sur l'œuf exposent d'abord l'enfant aux mêmes accidens que tous les accouchemens longs et difficiles, c'est-à-dire à l'asphyxie et à la mort. Ensuite, la tête, surtout quand le bassin est mal conformé, quand l'angle sacro-vertébral est très-saillant, ne se moule point dans les détroits ou l'excavation, comme dans une filière, sans que le cerveau ne subisse lui-même une compression souvent dangereuse et quelquefois mortelle. Il peut en résulter, en outre, des fractures, des épanchemens externes ou internes, des lacérations, etc.

D. Traitement. Il est clair que pour éviter tant de dangers, l'homme de l'art doit promptement venir au secours de l'organisme impuissant. En se pressant trop d'agir cependant, on court le risque d'opérer sans nécessité. A force d'attendre, on perd le moment opportun. Comment donc éviter ces deux extrêmes? L'homme instruit y parviendra généralement sans peine, en se gardant bien de poser en principe, comme on l'a écrit dans plusieurs journaux de médecine, qu'il faut se hâter d'extraire

la tête avec le forceps, qu'il y ait enclavement ou non, dès qu'elle est restée une ou deux heures dans l'excavation. Ce n'est qu'après avoir acquis la certitude que la tête ne franchira pas les passages spontanément ou que l'accouchement ne se fera point sans exposer aux accidens sus-indiqués, qu'on se permettra d'aider la femme.

Par cela seul que la tête est véritablement enclavée, la *version* sur les pieds, recommandée par les anciens, ne peut pas être employée. Les frondes, les bandelettes et les filets seraient tout-à-fait insuffisans. Le *levier*, la spatule, les branches séparées du forceps, tant vantés par les accoucheurs du dernier siècle, n'ont eu du succès entre les mains de Bruyn et autres, que parce qu'on les employait dans des cas très-différens de ce qu'on entend aujourd'hui par enclavement. l'instrument de Roonhuysen est évidemment incapable d'obliger la tête à descendre, s'il y a disproportion entre elle et les détroits. Il pourrait tout au plus servir à la déplacer, à lui donner une meilleure position, et, dans ce cas, elle ne serait pas positivement enclavée.

Il en est autrement du *forceps*, qui permet de joindre les efforts de l'accoucheur à ceux de la matrice et des muscles abdominaux. Cependant, comme on ne peut en porter les cuillers que sur les côtés du bassin, quelques praticiens ont objecté qu'en comprimant la tête de droite à gauche, cet instrument devait augmenter la pression qu'elle éprouve d'avant en arrière, au lieu de la diminuer; qu'il était plus propre à faire naître l'enclavement qu'à le détruire; plus dangereux qu'utile, par conséquent; mais ces craintes, inspirées par la théorie, tombent devant les faits. D'ailleurs, il n'est pas exact de dire que les diamètres de la tête gagnent d'un côté ce qu'ils perdent de l'autre, quand on la comprime; et, dans l'enclavement, c'est bien plus, je le répète, en la forçant à traverser un cercle qui agit sur elle à la manière d'un anneau, qu'en la réduisant par une pression directe, que le forceps parvient à l'entraîner.

S'il ne réussissait pas, et que l'enfant fût mort, on aurait recours à la *céphalotomie*, puis aux crochets; mais la symphy-

séotomie serait indiquée si le fœtus vivait encore, et devrait être préférée à l'opération césarienne, qui ne peut jamais être ici de nécessité.

L'enclavement des épaules, décrit par Solingen dans son embryulkie, puis par De La Motte (1) qui en rapporte un exemple, qu'admettent Deventer, Heister, que Deleurye rejette déjà, que Levret examine avec soin, bien que Rœderer (2) qui ne croit guère qu'à celui de la tête, remarque que la belle-mère de Forestus ne voulut jamais marier une de ses filles à un homme aux larges épaules quoiqu'elle eût vingt enfans, et que Osiander regarde encore comme possible, ne cause plus aucune inquiétude parmi les accoucheurs. La tête est déjà en partie hors du détroit inférieur que les épaules sont encore libres au-dessus du détroit supérieur.

L'enclavement des fesses, admis par Weyer (3), est encore plus difficile à comprendre, et ne me semble pas mériter la moindre attention.

Je ne terminerai point, au surplus, sans faire remarquer que ce qui a été dit de l'enclavement se rapporte presqu'exclusivement aux vices du bassin, et, qu'à la rigueur, on pourrait comprendre sous ce titre tous les cas où la tête, plus ou moins engagée, se trouve retenue d'une manière quelconque par les passages osseux.

SECT. V. Angustie pelvienne.

Quand le bassin est vicié de manière à rendre l'accouchement impossible, même à l'aide des divers moyens que je viens de passer en revue, il ne reste plus que trois genres de ressource pour délivrer la femme : 1° agir sur le fœtus pour en diminuer le volume ; 2° agrandir le bassin ; 3° extraire l'enfant par une voie artificielle. Comme ces trois modes d'accouche-

---

(1) *Traité complet des accouch.*, etc., p. 425.

(2) *Art des accouch*, trad. fr. p. 482, obs. 9.

(3) *De partu*, etc , 1773.—Schilling, *Thèse* de Strasb. 1807.

ment sont excessivement dangereux, soit pour la mère, soit pour son fruit, il faut, avant de les mettre en usage, déterminer dans quels cas ils sont réellement indispensables.

Pour arriver à ce but, l'accoucheur aurait besoin de connaître les dimensions exactes de la tête et du bassin, dans les diamètres qui doivent se correspondre aux différens temps du travail; de savoir aussi de combien la tête est susceptible de se réduire; quel degré d'énergie et de courage va présenter la femme; mais on ne peut acquérir ces notions que d'une manière très-approximative. Malgré les nombreux céphalomètres proposés par divers auteurs, et malgré les moyens plus récemment indiqués par Fouilhoux, ce sont encore les doigts qui donnent les résultats les plus sûrs en semblables circonstances. Or, à l'exception de Flamant, quel est le praticien assez hardi pour oser affirmer, à deux ou trois lignes près, que la tête qu'il vient d'explorer a précisément telle ou telle dimension? Le degré de solidité du bassin, la forme du détroit resserré, la direction de ses axes, méritent aussi la plus sérieuse attention. Le travail de M. Nægèle (1) sur la disposition des axes et des plans du bassin, un des plus complets, d'ailleurs, qui aient été publiés, doit être médité avec soin sous ce point de vue. Par exemple, les symphyses peuvent être ramollies au point de permettre aux os de glisser les uns sur les autres, à l'un des pubis de se porter en arrière, ce qui allongerait d'autant le diamètre oblique correspondant. D'après Deventer et madame Lachapelle, les deux os des hanches peuvent même être entraînés ensemble en avant par l'enfoncement du sacrum entr'eux, et faire naître ainsi une ampliation inattendue du diamètre sacro-pubien. Si le détroit supérieur est en 8 de chiffre, ou si le resserrement porte d'un seul côté, la tête se plaçant en travers, l'occiput, tourné vers le côté le plus large du bassin, pourra quelquefois traverser ce canal, quoiqu'il y ait un rétrécissement considérable.

Que l'axe du détroit se rapproche de l'axe du rachis, et les

---

(1) *Das Weibliche Becken*, etc., Carlsruhe, 1825.

deux extrémités du diamètre bi-pariétal ou du diamètre occipito-bregmatique seront forcées de s'engager ensemble en nécessitant un espace d'environ trois pouces. Qu'il soit, au contraire, très-incliné en avant, et l'une des bosses pariétales pourra s'engager avant l'autre, de manière à gagner trois ou quatre lignes en franchissant le cercle pelvien.

D'un autre côté, une tête très-flexible s'allonge en cône et s'engage à la manière d'un coin, dit Smellie (1), dans les cas d'angustie pelvienne. Energiquement poussée par les contractions utérines et musculaires d'une femme vigoureuse, elle peut s'allonger et se mouler sur les passages comme à travers une filière, se réduire considérablement (au tiers de son volume primitif, selon Denman), acquérir jusqu'à huit pouces de long en s'amincissant proportionnellement d'après Baudelocque; s'aplatir assez pour franchir un détroit de deux pouces et demi et reprendre son volume ordinaire dans l'excavation, si on en croit Boer, et, dans tous les cas, permettre au fœtus de venir vivant. Une femme dont le diamètre sacro-pubien n'avait que deux pouces et demi, put accoucher sans secours à l'amphithéâtre de Solayrès. M. Noury (2) en cite une autre qu'on était sur le point de soumettre à l'opération césarienne, dont le diamètre coccy-pubien n'avait que dix-huit lignes, et qui accoucha spontanément d'un enfant de six livres et demie. M. Faurichon (3) dit qu'on a vu en 1831, à la Maternité de Paris, la tête de l'enfant sortir pendant qu'on essayait de placer le forceps, et qu'après la mort de la malade on ne trouva que deux pouces neuf lignes au diamètre sacro-pubien. La tête du fœtus, qui était venu mort, était également réduite à deux pouces neuf lignes dans son diamètre bi-pariétal. Enfin, combien de fem-

---

(1) *De la théorie et de la pratiq. des accouch.* etc., tome I, p. 51, p. 28.

(2) *Revue méd.* 1831, tome II, p. 453.

(3) *Thèse*, n° 78, Paris, 1832.

mes ont été assez heureuses pour accoucher sans aucun secours, quand, dans leurs couches précédentes, elles n'avaient pu être délivrées que par la symphyséotomie, l'opération césarienne ou le morcellement de l'enfant! C'est donc ici que le praticien a besoin de toute l'intégrité d'un bon jugement, de conseils prudens et sages, qu'il doit avoir égard à mille circonstances diverses, et ne procéder qu'avec une extrême réserve, s'il ne veut compromettre la dignité de son art ou le salut de deux êtres qui attendent de lui la conservation de leur existence.

Au lieu de s'accommoder à la forme des ouvertures du bassin, la tête peut se fracturer, le cerveau être mortellement comprimé. La pression long-temps continuée du cordon ombilical qui trouve le plus souvent moyen de s'engager dans l'excavation, permet rarement au fœtus de sortir vivant. La femme elle-même s'épuise bientôt. La vessie et les autres parties molles contre lesquelles la tête frotte avec violence, peuvent s'enflammer, être lacérées, perforées. La matrice, vivement irritée par ses contractions redoublées, peut se déchirer et la mort survenir. Le ramollissement, l'allongement des symphyses laissent souvent à leur suite une mobilité, une claudication au moins fort gênantes, et, quand le délabrement est porté plus loin, sont suivis de carie, d'abcès, qui finissent tôt ou tard par amener la mort. Il y a donc deux écueils qu'il importe également d'éviter, un terme moyen qu'il faut tâcher de saisir.

Je suppose que l'application du forceps et la version aient été vainement tentées, ou que le bassin soit tellement vicié qu'il n'y ait pas plus à compter sur l'emploi de ces moyens que sur les efforts de la femme, une question se présente : sur lequel, de la mère ou de l'enfant, doit-on porter les instrumens ? Quand on a la certitude que le bassin est rétréci de manière à rendre dangereux ou impossible par les voies naturelles, l'accouchement d'un enfant à terme et bien développé, est-il permis de provoquer l'accouchement, soit à une époque peu avancée de la grossesse, soit seulement entre

sept et huit mois? Ne peut-on pas, à l'aide du régime ou d'un traitement débilitant, s'opposer, jusqu'à un certain point, au développement du fœtus, et faire qu'à terme il n'offre qu'un très petit volume?

ART. 1er. — Du régime affaiblissant.

S'il était vrai que la force du fœtus renfermé dans ses enveloppes fût en rapport avec la force de sa mère, rien ne serait plus naturel ni mieux indiqué que d'affaiblir les femmes mal conformées, pendant le cours de la grossesse. Mais comme les plus robustes ne mettent pas toujours au monde des enfans vigoureux; comme celles qui sont naturellement débiles et malades en produisent souvent de très forts et de très volumineux, il est à craindre que la diète la plus sévère, les évacuations sanguines les plus abondantes ne servent, en pareil cas, qu'à mettre la femme dans l'impossibilité de supporter les opérations qu'on n'en serait pas moins obligé de pratiquer sur elle, lors du terme de l'accouchement. J'en connais une qui, accouchée deux fois au moyen des secours de l'art, fut saignée dix fois et tenue au régime végétal pendant sa troisième grossesse, dans le but de borner le développement de son enfant Cette dame en fut excessivement affaiblie, à la vérité, mais le fœtus n'a pas paru en souffrir, et la parturition exigea les mêmes secours qu'à l'ordinaire. Une autre femme ayant eu deux grossesses très fatigantes, et qu'on ne délivra chaque fois qu'après trois jours du travail le plus pénible et au moyen du forceps, devint enceinte aussi pour la troisième fois, se trouva moins incommodée que de coutume, et accoucha cependant, sans secours et sans difficulté, d'un enfant sensiblement moins fort que les deux précédens. Je sais bien que des praticiens dignes de foi, qu'Assalini, M. Merriman (1), M. Moreau (2), affirment avoir

(1) *Synops. of difficult parturit.* etc., p. 178.
(2) *Revue méd. et thèses* de Paris.

obtenu des résultats tout opposés, et je conçois parfaitement que, règle générale, en épuisant la femme on doit entraver le développement de son fruit. Mais il y a tant d'exceptions à cette règle, et ce que l'on gagne d'une part me paraît si désavantageusement compensé par les ressources dont on se prive de l'autre, que je n'oserais guère conseiller un pareil moyen, d'abord proposé par James Lucas (1), qu'aux personnes affectées d'un resserrement très léger et chez lesquelles l'accouchement peut, à la rigueur, s'effectuer spontanément si la tête du fœtus n'est pas trop volumineuse.

ART. 2. — Parturition provoquée.

C'est vers le milieu du dernier siècle que les médecins les plus renommés de Londres décidèrent que, chez les femmes dont le bassin est vicié, il est permis de solliciter l'accouchement, dès que la viabilité de l'enfant est bien établie. Macaulay fut le premier, au dire de Kelly (2), qui eut recours à cette opération, et elle eut entre ses mains une issue heureuse. Sue (3) prétend que A. Petit en avait eu l'idée vers la même époque. M. Dezeimeris (4) semble en faire remonter le principe à Puzos. On pourrait aussi le rapporter à Deventer (5), qui dit qu'il est quelquefois nécessaire de provoquer l'accouchement entre le septième et le neuvième mois pour sauver la mère; mais il est facile de se convaincre que Deventer et Puzos se proposaient un tout autre but que Kelly, qui indiqua son opération en 1755. Elle fut reproduite vingt ans après, dit M. Burns (6), par Roussel de Vauzesme (7). Depuis, Barlow (8) a publié un mémoire

---

(1) *Societ. of London*, etc., vol. II.

(2) Denman, *Introd. à la pratiq.* etc., tome II, p. 222.

(3) *Essai histor.* etc., *sur les accouch.*, tome I, p. 606.

(4) *Diction. de méd.* 2e édit., tome I.

(5) *Observ. sur le man. des accouch.* etc., p. 89, 90.

(6) *Principl. of midwif.* etc., p. 470.

(7) *Thèse* sur la symphyséotomie, 1778, 1779.

(8) *Lond. med. and phys. journal*, vol. V, p. 40.

dans lequel il s'efforce de démontrer que l'accouchement forcé doit être substitué aux opérations sigaultienne et césarienne dans tous les cas. May (1), le beau-père de M. Nægèle, osa soutenir l'idée de Kelly en Allemagne, dès l'année 1799. Ramsbotham dit avoir fait accoucher trois fois avec succès une femme chez laquelle on avait jugé la perforation du crâne nécessaire, dans une grossesse précédente. MM. D. Davis, Clough, Wigand, Bang et Blundell se sont efforcés de faire prévaloir la doctrine professée par Barlow. M. Costa a même demandé s'il ne serait pas permis d'y avoir recours chez les femmes affectées d'anévrysme au cœur.

En France, on a considéré cette question sous un point de vue qui n'a pas permis d'en discuter la valeur. On l'a d'abord confondue, et moi tout aussi bien que les autres, avec celle de l'avortement, quoiqu'il y ait une très grande différence entre elles. Dans l'avortement provoqué, on se propose de détruire l'œuf pour conserver la mère. Dans l'accouchement prématuré, au contraire, on cherche à obtenir le fœtus vivant, sans compromettre la vie de la femme, quand ils courent risque de périr tous deux si la grossesse se prolonge jusqu'à terme.

§ Ier. Avortement provoqué.

L'*avortement*, qui se pratiquait fréquemment autrefois dans les républiques grecques, avec lequel Aspasie était, dit-on, très familière, qu'Aetius et P. d'Egine conseillent, ne conviendrait, bien entendu, ne serait admissible, que pour les cas d'étroitesse extrême du bassin, que lorsqu'il y a moins de deux pouces, par exemple, au détroit sacro-pubien. Ses dangers seraient évidemment moindres qu'on ne le dit. A deux mois, à trois, à quatre mois, comme à cinq, on arriverait sans peine sur l'œuf par le col, soit avec une sonde, soit même avec le doigt. La matrice se débarrasserait ensuite du produit, comme elle se débarrasse de caillots de sang, de fausses membranes,

---

(1) Burckardt, *Thèse*, Strasb. 1830.

comme elle s'en débarrasse dans toute autre espèce de fausses couches. C'est l'abus, l'extension criminelle d'une pareille méthode, mais non son usage restreint et raisonné, qu'il faut craindre et blâmer.

Nul, a-t-on dit, n'a le droit de détruire un fœtus vivant, même dans les premiers mois de son existence. Or, l'accouchement provoqué avant le septième mois le tue inévitablement. Si tant est qu'il doive être sacrifié, pourquoi ne pas attendre le terme du travail. On ne détruirait pas au moins le petit nombre de chances que l'on a de voir l'accouchement se terminer heureusement. Sans doute, mais dans le cas que je suppose, on n'a aucune chance de cette espèce, et la plupart des femmes qu'on ne délivre qu'à terme succombent. Le tout est de savoir si la véritable humanité permet d'acheter la vie possible d'un embryon, au prix de l'opération césarienne ou de la symphyséotomie.

Pour moi, j'avoue qu'il m'est impossible de mettre en balance la vie précaire d'un fœtus de trois, quatre, cinq ou six mois, d'un être qui jusque-là diffère à peine de la plante, qui ne tient encore par aucun lien au monde extérieur, avec celle d'une femme adulte que mille rapports sociaux nous engagent à conserver; en sorte que dans le cas de resserrement extrême, s'il était positivement démontré que l'accouchement à terme fût impossible, je n'hésiterais pas à conseiller l'avortement dès les premiers mois de la gestation.

§ II. Accouchement prématuré artificiel.

Toutes les fois qu'il reste au moins deux pouces et demi entre le sacrum et le pubis, on peut révoquer en doute l'utilité de l'avortement provoqué. Comme alors on a vu quelquefois l'expulsion de l'œuf s'effectuer sans secours, et le fœtus naître vivant, l'honneur et l'humanité semblent se réunir pour défendre de porter sur l'enfant aucun instrument meurtrier, ni de rien tenter qui puisse le faire périr.

Heureusement que la méthode en question que l'accouchement prématuré est justement le meilleur moyen de le faire

venir vivant, sans s'exposer à le blesser. En effet, on ne se propose point ici de pénétrer brusquement dans la matrice pour en extraire forcément le fœtus avant terme, de pratiquer l'accouchement forcé, mais bien d'obliger l'utérus à se contracter, à expulser le produit de la conception avant que la tête de l'enfant n'ait acquis assez de volume pour ne pouvoir plus franchir les détroits du bassin.

A. Appréciation.

L'accouchement provoqué après sept mois serait particulièrement applicable quand le bassin a deux pouces et demi au moins, et trois pouces au plus. D'après des mesures prises par madame Lachapelle, à sept mois le diamètre bi-pariétal n'offre pas plus de trois pouces d'étendue, et il peut en présenter beaucoup moins. Alors on aurait les mêmes chances que si l'accouchement s'opérait à terme, à travers un diamètre de trois pouces et demi. Mais comment savoir au juste si le fœtus est viable? Si, pour plus de certitude, on opère quinze jours plus tard, qui donnera l'assurance que la tête n'est pas déjà trop grosse pour franchir les détroits? Et si, à près de huit mois, elle peut les traverser, n'est-il pas probable qu'elle y parviendrait également à la fin du neuvième?

Une femme malade, que M. Kelsch (1) voulait soumettre à l'accouchement prématuré, se délivra seule tout-à-coup et sans secours. Dans l'exemple de M. Vrolick (2), le diamètre sacro-pubien avait trois pouces trois lignes, l'enfant vint mort et c'était une première grossesse! Un des derniers cas publiés au nom de M. Lovati (3), permet de croire aussi que l'opération n'était pas indispensable. J'ajouterai, avec madame Boivin (4), qu'il suffit de parcourir le travail de M. Ferrario (5), pour être convaincu qu'en Allemagne, en Hollande et en Italie, on a souvent provoqué l'accouchement prématuré sans nécessité.

---

(1) *Bulletin de Férussac*, tome XII, p. 158.

(2) *Ibidem.* et Mém. de Salomon.

(3) *Archiv. gén.* tome I, 2e sér. p. 89.

(4) *Journal compl.* tome XXXIV, p. 359.

(5) *Clin.* de Padoue, même journal, p. 359.

Rien de tout cela cependant ne suffit pour en faire rejeter l'usage. Les dangers qu'on lui avait reprochés et que je lui attribuais moi même en partie dans la première édition de ce traité, ont été singulièrement exagérés en France, depuis Baudelocque qui dit que, pour une hémorrhagie l'accouchement provoqué est *un devoir*, mais que c'est *un crime* dans les cas de rétrécissement du bassin, jusqu'à M. Capuron, qui qualifie cette opération d'*attentat envers les lois divines et humaines.*

I. *Du côté de la mère.* Aujourd'hui que l'expérience a prononcé, on voit que ces dangers se réduisent à peu de chose. L'hémorrhagie, les convulsions, la péritonite, les squirrhes, et toutes les altérations possibles du col, n'ont pas été plus souvent observés après l'accouchement provoqué qu'à la suite de l'accouchement à terme. Les deux femmes opérées par Kelly (1), n'en ont rien éprouvé de fâcheux. Denman (2) n'a pas été moins heureux dans les huit cas qu'il indique. Il en fut de même de la femme opérée trois fois par Macaulay (3), puis d'un cas semblable publié par M. James (4), puis d'un autre recueilli par M. Riecke (5). Des soixante-sept femmes dont parle M. Salomon (6), des douze de M. Kluge (7), des six de M. Ferrario (8), aucune n'a succombé. Une seule sur quatorze, que M. Reisenger (9) indiquait en 1820, est morte. On en compte deux dans un relevé de trente-quatre faits recueillis depuis, mais M. Merriman (10) n'en a pas perdu une sur quarante-six; d'où on peut conclure que la mère ne coure pas sensiblement plus de risque par l'accouchement provoqué que par l'accou-

(1) Denman, *Introd. à la pratiq.* etc., tome II, p. 222.

(2) *Ibid.* p. 224.

(3) *Ibid.* p. 22?.

(4) *Clin. des hôpitaux*, tome III, p. 145.

(5) *Arch. gén.* tome XXII, p. 377.

(6) *Journal compl.* tome XXXIV, p. 359.

(7) *Ibidem.*

(8) *Ibidem.*

(9) Dezeimeris, *Dict. de méd.* 2e édit. tome I, p. 429.

(10) *Synops. of difficult parturit.* etc., p. 161.

chement à terme et spontané. D'ailleurs ces femmes sont mortes, l'une d'hydrothorax, l'autre d'une rupture de matrice, et toutes d'accidens étrangers à l'accouchement prématuré. Celle dont M. Stoltz (1) nous a montré les détroits pelviens n'a succombé qu'aux progrès de la phtisie pulmonaire dont elle était atteinte, et seulement au bout de six mois. J'ai pu constater que son bassin était dans les conditions voulues pour l'accouchement prématuré, et l'histoire que M. Stoltz a donnée de la malade prouve que la parturition n'avait pas été possible autrement dans deux couches précédentes.

II. *Du côté de l'enfant.* L'accouchement provoqué n'est malheureusement pas aussi rassurant pour le fœtus. Sur quarante-sept, vingt-six sont venus morts, cinq vivans mais non viables, et seize ont continué de vivre dans la pratique de Merriman (2). Sur vingt-sept, Hamilton (3) a cependant pu en conserver vingt-trois. M. Ferrario en indique cinq sur six ; M. Kluge neuf sur douze ; M. Salomon trente quatre sur soixante-sept ; M. Burckhard (4) trente-cinq sur cinquante-deux, et M. Marshall (5) un seulement sur quatre ; ce qui, au total, fait environ la moitié. Mais comme il est à peu près démontré qu'il n'en eut pas survécu un dixième à terme, et que les opérations à l'aide desquelles on peut délivrer les femmes exposent gravement la mère, au point d'en faire périr un grand nombre, cet inconvénient de l'accouchement prématuré artificiel ne l'empêche nullement de former une ressource précieuse qu'il serait inhumain de repousser.

Les dangers du fœtus, au surplus, sont d'autant moindres, toutes choses égales d'ailleurs, qu'il est plus avancé en âge au moment de l'opération. Ce sont le défaut de viabilité, l'extrême étroitesse du bassin, ou les manœuvres qu'on est forcé d'employer qui en amènent la mort en pareil cas. Or, toutes

---

(1) *Mém. à l'Acad. Royale de méd.* en 1833.

(2) Oper. citat. p. 180.

(3) Ryan, *Manual of midwif.* etc., 580.

(4) *Thèse*, Strasb. 20 juillet 1830.

(5) *Journal compl.* etc., tome XXXIV, p. 359.—tome LVIII, p. 147.

les fois qu'on se croit obligé d'en provoquer l'expulsion au début du huitième mois, c'est que le bassin est assez déformé pour qu'on ne puisse rien espérer de mieux par d'autres méthodes. Si le danger vient de la ressource employée, il serait bien plus grand encore à une époque plus avancée. La question est d'ailleurs si facile à résoudre, sous le double point de vue de la mère et du fœtus, qu'elle ne manquera pas de l'être en France comme elle l'a été dans les autres contrées de l'Europe dès qu'on l'aura envisagée sous son véritable aspect. Pour ne pas hésiter sur ce point, il s'agit tout simplement de comparer les résultats de la symphyséotome, de l'opération césarienne, et de la céphalotomie, avec ceux de l'accouchement prématuré. Espérons que cette doctrine, éclairée maintenant par ce qu'ont publié le journal Général, le bulletin de Férussac, le journal complémentaire des essais de Barlow, qui en compte quinze exemples (1), de Merriman oncle (2), qui en cite dix, de Merriman jeune, de Kluge (3), qui en possède au moins quinze, de M. Ritgen, qui dit qu'on en a observé dix-neuf cas à la clinique de Giessen (4), de 1818 à 1822, défendue à Strasbourg, par MM. Fodéré (5) et Stoltz, bien exposée dans la dissertation de M. Burckhard, puis dans l'article de M. Dezeimeris (6), et dans le mémoire présenté à l'Académie royale de médecine, par M. Stoltz, sera bientôt universellement adoptée parmi nous comme elle l'est en Angleterre, en Allemagne et en Italie depuis plusieurs années.

B. Indications.

En résumé, il convient de provoquer l'accouchement prématuré lorsque le bassin a moins de trois pouces deux ou trois

(1) *Journal gén. de méd.* tome LVIII, p. 147.

(2) *Journal gén.* tome LVIII, p. 148.

(3) *Bulletin de Férussac*, tome XXI, p. 401.—Ferrario, op. cit.

(4) *Bulletin de Férussac*, tome XII, p. 158.

(5) *Bulletin de Férussac*, tome XXI, p. 272.

(6) *Dict. de méd.* 2e édit tome I, p. 417-437.

lignes, et plus de deux pouces et demi. Il offrirait encore quelques chances de succès à deux pouces et demi et même à deux pouces. Dans certains cas, on pourrait également y avoir recours, quoique le détroit eut près de trois pouces et demi. S'il est vrai qu'à terme le diamètre bi-pariétal ait rarement trois pouces et demi, et qu'une des bosses pariétales descende presque toujours avant l'autre, que toute la tête se réduise aisément de deux ou trois lignes pendant le travail, il l'est aussi que les parties molles, les inclinaisons ou les saillies vicieuses du bassin enlèvent au moins quelques lignes aux dimensions des détroits, et que, sans apporter un obstacle invincible à la sortie de l'enfant, une légère coarctation pelvienne rend souvent la parturition extrêmement pénible. D'un autre côté, comme la tête est d'un pouce moins large à sept mois qu'à neuf, et qu'elle est encore susceptible d'une bien plus grande réduction, on conçoit à la rigueur qu'un fœtus viable puisse traverser un détroit de deux pouces ou de deux pouces et quart. La difficulté ici, est de déterminer au juste l'étendue des diamètres pelviens, et d'établir avec précision l'âge ou le degré de développement du fœtus ; mais cette difficulté ne doit se rencontrer que pour les extrêmes des limites indiquées, et alors une première couche a dû montrer ce qu'on peut attendre de l'organisme. Quand même on se tromperait de quelques lignes, après tout, où serait le mal? Si le bassin est plus spacieux qu'on ne l'avait cru, l'accouchement prématuré se fera sans peine, et l'enfant expulsé tard ne courrera presqu'aucun risque. Si le retrécissement est au contraire plus considérable, le fœtus seul périra sans doute, et la femme sera sauvée; tandis qu'à terme on les eût exposés à périr tous les deux. Ainsi, loin de le proscrire chez les primipares, comme lont fait plusieurs auteurs, il devrait être employé toutes les fois que le bassin a de deux pouces et demi à trois pouces; au-delà et en deçà on attendrait qu'une première couche vînt éclairer le diagnostic. Chez les autres femmes l'embarras est infiniment moindre. Aucun de leurs accouchemens n'a pu se faire seul. Le forceps, la version ou la céphalotomie sont devenus chaque fois indispensables, et l'enfant n'a jamais été extrait vivant.

Dans ce cas, l'accouchement prématuré est évidemment le moyen qui se présente avec le plus de chances de succès.

Il ne suffit pas cependant que tous les enfans dont une femme est accouchée jusque-là soient venus morts pour autoriser une semblable pratique, comme le croit Denman (1), car parmi les causes qui font périr le fœtus, il en est qui peuvent disparaître après avoir entravé plusieurs grossesses successives ; mais j'ose dire que cet accident en est la plus sûre indication, lorsqu'il dépend réellement d'une étroitesse du bassin.

La nature fait quelquefois ce que l'art cherche à généraliser. C'est elle qui a donné les premières leçons sur ce point. Si certaines femmes, assez malheureuses pour ne mettre au monde que des enfans morts, par suite d'une angustie pelvienne, finissent par accoucher sans secours d'un fœtus vivant, cela tient ordinairement à ce que, pour cette fois, l'enfant vient avant terme, ou s'est moins développé que de coutume; l'accouchement prématuré artificiel n'est donc qu'une imitation de la nature. Guidé par cette remarque, je l'ai tenté le premier en France en 1831 avec un plein succès.

Madame Tarlet, que Desormaux, M. Deneux et moi n'avions pu délivrer que par la céphalotomie en 1825, que j'avais délivrée deux autres fois depuis avec le forceps ou par la version, d'enfants morts, près de laquelle un autre praticien, M. Patrix, n'avait pas été plus heureux dans une quatrième couche, éprouvant quelque gêne au commencement du huitième mois d'une cinquième grossesse, s'empressa de me faire appeler. La circonstance me parut heureuse. Je parvins à décoller, puis à rompre les membranes. Le travail, encore incertain dans la journée, se déclara franchement le troisième jour : c'était une position du pelvis. Les pieds descendirent. La tête ne céda qu'à des tractions assez fortes, mais j'amenai l'enfant vivant.

Smellie rapporte un cas à peu près pareil. Le diamètre sacro-pubien n'avait que deux pouces et demi; le sixième enfant vint seul, parce qu'il était petit et n'avait que huit mois.

---

(1) *Introd. à la pratiq. des accouch.* tome II.

M. Riecke et M. Fodéré racontent chacun une observation plus concluante encore, puisque les femmes qui n'avaient pu accoucher que par les instrumens d'abord, se délivrèrent sans secours par l'accouchement prématuré, et ne purent en faire autant dans des grossesses subséquentes conduites jusqu'à terme.

L'accouchement prématuré, que Mai veut aussi qu'on applique aux cas de mort du fœtus, n'a pas alors le même avantage que dans les circonstances précédentes; car d'une part un fœtus mort ne reste dans la matrice que par exception, et de l'autre il permet de ne pratiquer aucune opération sur la mère quand il tarde trop à sortir. Cependant, comme la présence d'un enfant mort dans les organes expose à plusieurs dangers, et qu'une dame, que j'ai vue avec M. Moreau, en est morte, je ne sais s'il ne serait pas plus prudent d'en provoquer l'expulsion que d'en attendre indéfiniment la sortie, comme le veut M. Froriep.

On peut se demander encore si le médecin ne devrait pas provoquer l'accouchement prématuré chez les femmes affectées de maladies chroniques que l'état de grossesse rend de plus en plus dangereuse, ou qui, de leur nature, doivent amener la mort avant le terme naturel du travail.

Outre les cas d'étroitesse du bassin, MM. Mai, Ritgen, Carus, proposent l'accouchement prématuré contre les grossesses tardives, lorsque les enfans meurent *habituellement* quelque temps avant terme, dans les maladies entretenues par la grossesse et qui menacent la vie de la mère, comme les métrorrhagies, la rétroversion (Lyne, Hunter), les cas d'ascite, (Siebold) (1). M. Costa (2) n'avait songé lui qu'aux maladies du cœur quand il consulta l'académie sur ce point. Siebold (3) réussit ainsi à prolonger la vie d'une malheureuse affectée d'hydro-

(1) Kilian, *Die operative Geburtshülfe*, tome I, p. 380, 321, 382.
(2) *Bibl. méd.* 1828, tome II.—*Rev. méd.* 1827, tome I, p. 343, 527.
(3) Burckhardt, oper. citat.

thorax, et M. Ingleby (1), croit comme Conquest (2), qu'on devrait y avoir recours dans les cas de vomissemens opiniâtres ou d'affaiblissement extrême vers la fin de la grossesse.

Cette question est délicate et ne doit pas être traitée légèrement. Je dirai seulement qu'il devrait en être de toutes les maladies, dont les derniers temps de la gestation peuvent hâter la terminaison fatale, comme de l'hémorrhagie et autres accidens qui surviennent avant ou pendant le travail. S'il est admis qu'on doit aider la femme dans le deuxième cas, je ne vois pas pourquoi on la laisserait sans secours dans le premier. Avec l'accouchement prématuré, l'enfant peut vivre. Si la mère meurt avant le terme, son fruit périra en même temps presque dans tous les cas.

Une maladie du cœur très-avancée, un hydrothorax ou un ascite avec lésion organique grave, une gangrène étendue et non bornée, etc, pourraient donc justifier, jusqu'à un certain point, l'accouchement provoqué à partir de sept mois et demi ou huit mois. M. Duclos (3) l'a essayé pour un simple hydramnios. Combien de fois ne l'a-t-on pas mis en usage pour l'insertion du placenta sur le col.

On ne doit point courir les chances de l'accouchement, 1° lorsqu'il existe quelques vices, quelqu'altération aux parties molles capables de mettre obstacle à la sortie du fœtus; c'est-à-dire, lorsque le retrécissement du bassin n'est pas la seule difficulté du travail; 2° si on reconnaît que le détroit vicié soit sensiblement plus large d'un côté que de l'autre, et que dans la première couche l'occiput se soit engagé par le côté resserré, attendu que si la tête est ramenée ou se présente dans le sens opposé, elle pourra peut-être passer; 3° pendant le cours d'une maladie aigue; 4° lorsque l'enfant se présente d'une manière vicieuse; 5° tant que le fœtus n'est pas viable, c'est-à-dire jusqu'à la fin du septième mois ou à la vingt-hui-

---

(1) *On uterin hemmorh.* etc., p. 41.

(2) *Outlines of midwif.* etc., p. 47, 4e édit.

(3) Burkhardt, *thèse*, etc., Strasb. 1830.

tième semaine; 6° sans s'être bien assuré des dimensions du bassin, du terme de la grossesse, de la réalité des dangers qui menacent la mère ou l'enfant si on abandonne la gestation à sa durée normale; 7° M. Merriman (1) veut enfin qu'on ne se décide point à l'opération sans que d'autres praticiens n'aient vu la femme et n'en aient reconnu la nécessité.

C. Méthodes opératoires.

Cette opération comprend déjà quatre méthodes. L'une consiste dans des frictions, des manipulations extérieures et ne suffit presque jamais, quoiqu'en dise M. d'Outrepont (2).

La seconde, celle de Hamilton (3) qu'on suivit dans le cas indiqué par M. Rièke (4) se pratique au moyen du doigt, ou d'un instrument mousse à l'aide duquel on décolle l'œuf dans l'étendue d'un à trois pouces autour du col sans percer les membranes.

Dans la troisième, on perce ou on déchire les tuniques fœtales à travers l'orifice, et, dans la quatrième, on se borne à dilater le col utérin avec un cône d'éponge. Ces deux derniers procédés seuls resteront dans la pratique. Par le troisième on manque souvent l'effet qu'il importe de produire. Il fallut y revenir trois fois, le 3 août, le 9 et le 17 septembre 1823 dans l'exemple que donne M. Riecke. Le décollement des membranes ne suffit point en effet pour mettre en jeu les contractions utérines. La distension du col n'étant que momentanée, ne doit y parvenir non plus que rarement à la première tentative. La dilatation au moyen d'un morceau d'éponge, comme l'a imaginé M. Kluge, est d'un effet beaucoup plus certain. L'irritation qui en résulte est permanente, progressive, régulière, et soutenue par la pression qu'exerce l'espèce de tampon qu'on

(1) *Synopsis of diffi. parturit.* p. 184.

(2) *Bulleti de Férussac*, tome XV, p. 84.

(3) Burckhard, oper. citat.

(4) *Archiv. gén. de méd.*, tome II, p. 377.

maintient en même temps dans le vagin. Sous l'influence d'une pareille excitation, la matrice entre bientôt en action, et il est difficile que le travail n'acquière pas rapidement une énergie suffisante.

L'ancienne méthode, celle qui consiste à ouvrir les membranes, s'effectue de diverses manières. Les uns veulent avec Clarke, qu'on évacue les eaux tout-à-coup; d'autres, au contraire, recommandent avec MM. Merriman, Salomon, Fodéré, de ne les faire écouler qu'avec lenteur. Des instrumens divers ont d'ailleurs été proposés à cet effet depuis Macaulay, jusqu'à nos jours. Mai se servait d'une canule-aiguille. D'autres ont employé une sonde d'hommes, modérément courbe. M. Reisinger préfère la sonde conique. L'instrument de M. Ritgen, ressemble à la sonde à dard de frère Come. L'espèce de trois quarts courbe inventé par Wenzel, et modifié par Siebold, est assez généralement adopté en Allemagne; mais tout ceci importe peu et doit être facultatif. La question est de savoir s'il vaut mieux vider l'œuf lentement que tout-à-coup, ou se borner à distendre le col que de percer les membranes. Pour moi, je crois que, si on ne suit pas le procédé de M. Kluge, il y a de l'avantage à imiter Clarke. Par une simple ponction, le vide opéré dans l'utérus peut se réduire à si peu de chose qu'il n'en résulte aucune réaction. La crainte de voir l'œuf se vider en entier n'est pas fondée. Quelque large que soit l'ouverture des membranes, les eaux ne s'écouleront qu'en partie tant que les contractions resteront faibles, et dès que les contractions sont dans toutes leurs forces, le fœtus n'a plus besoin d'être protégé par le liquide amniotique. Du reste je ne vois aucun inconvénient à commencer par l'emploi de l'éponge et du tampon. On donne ainsi le temps à la matrice de se préparer sans exposer le fœtus à aucun risque, et rien n'empêche plus tard de rompre les membranes si le travail tarde trop à se déclarer ou marche avec trop de lenteur. L'opération une fois décidée, on place la femme comme pour la toucher et on tâche d'atteindre le col avec l'indicateur d'une main, pendant que l'autre main soutient l'hypogastre. Avec un peu de patience et quel-

que habitude, on parvient toujours, ou presque toujours à le trouver, à l'accrocher, et même à le distendre et le traverser. On éprouve plus de difficultés sans doute chez les primipares, et on en éprouverait encore d'avantage, s'il s'agissait d'un avortement au lieu d'un accouchement provoqué; mais il ne peut pas cependant y avoir d'obstacle bien sérieux sous ce rapport chez une femme enceinte.

Quand le doigt touche les membranes a nu, on porte jusque là un cône d'éponge préparée, long de deux ou trois pouces, épais de deux à trois lignes près de sa pointe, enveloppé d'un linge fin graissé de cérat, et portant un fil solide à sa base. On le pousse ainsi jusqu'à moitié de sa longueur au moins, puis on porte dans le vagin une masse d'éponge grosse comme un œuf, de même qu'on pourrait y mettre un tampon de filasse, de charpie ou de linge. Le tout doit être soutenu au-dehors par un bandage en T. On renouvelle cet appareil au bout de vingt-quatre heures, si le travail ne se déclare pas. Dans le cas contraire on le laisse jusqu'à ce que les contractions utérines soient franches et fortes. On se comporte ensuite selon les indications comme dans un travail ordinaire. Si on a pris le parti de percer les membranes et que le doigt ne puisse pas y parvenir, il sert aussitôt de guide, soit à la sonde conique employée pour le cathétérisme forcé, soit à la sonde à dard, soit au bec d'une algalie ordinaire, soit à un simple mandrin, soit enfin à une aiguille, un trois quarts renfermé dans une canule, ou même à une tige métallique quelconque; attendu qu'il n'est jamais bien difficile de rompre l'œuf sans courir le risque de blesser gravement ni le fœtus ni la matrice. L'instrument et le doigt étant retiré, l'opération est terminée et l'on attend que le travail se déclare, que l'utérus entre en contraction.

Il est rare que les douleurs se manifestent sur le champ ou même au bout de quelques heures. Ce n'est ordinairement que le lendemain qu'elles surviennent. Souvent on ne les voit paraître franchement et non douteuses que le troisième ou le quatrième jours. Quelquefois même elles n'arrivent que le sixième ou le septième. Elles ne vinrent que le onzième dans

un cas de M. Rièckc. Il est possible encore qu'elles se montrent et durent plusieurs jours pour disparaître ensuite tout-à-fait et nécessiter ensuite une nouvelle opération. La méthode d'Hamilton expose surtout à ces lenteurs, à ces incertitudes. Celle de Clarcke y est moins sujette.

Quelques bains, une petite saignée, des injections émollientes ou mucilaginaires dans le vagin avant de commencer, les attentions recommandées à l'occasion de la rupture prématurée des membranes, et la précaution d'avoir une nourrice toute prête en cas qu'il ne vienne pas de lait à la mère, forment tous les soins spéciaux réclamés par l'accouchement prématuré artificiel. Ce que j'ai dit plus haut du seigle ergoté me dispense d'examiner jusqu'à quel point il pourrait être utile ici.

D. Résumé statistique.

Aux autorités déjà citées dans le cours de cet article en faveur de l'accouchement provoqué, je puis encore ajouter celle de M. Burns (1), de Gumprecht, de M. Merrem (2), qui en indique quatre cas pour la clinique de Cologne, en 1826, de M. Ciniselli (3), qui en indique deux, et qui affirme que M. Lovati l'avait déjà pratiqué huit fois à l'Institut de Pavie, de M. Carus (4) qui en annonce aussi un exemple, de M. Grégory (5) qui en signale dix-neuf, de M. Nægèle, de Mende, de M. Bili (8) qui l'a essayé le premier à Milan, de M. Busch (9), et de plusieurs autres encore dont les journaux ont parlé. Les seuls adversaires que ce moyen conserve en Alle-

---

(1) *Princip. of midwif.* etc., p. 469.

(2) *Bulletin de Férussac*, tome XVII, p. 283.

(3) *Gaz. méd.* de Paris, etc., 1833, p. 36.

(4) *The Lancet*, 1829, vol. I, p. 448.

(5) Dublin *Hosp. rep.* vol. V, p. 577.

(6) *Archiv. gén.* 2e sér. tome I, p. 89.

(7) Lehrbuch der Geburtskunde, 2e édit. 1833

gne, sont MM. Bernstein, Stein jeune, Jorg (1), Leigton (2). Osiander (3), Wuisbet (4), qui l'avaient d'abord repoussé ont fini par l'adopter, et j'ose dire qu'il en sera de même en France dans peu d'années.

M. P. Dubois (5), qui écrivait en mai 1834, n'en trouvait alors que 127 exemples rassemblés par : 1° M. Reisinger, 74; 2° M. Salomon, 34; 3° M. Ferrario, 6; 4° M. W. Campbell, 2; 5° Mende, 4; 6° M, Schow, 4; 7° Ramsbotham, 2; 8° M. Stoltz; 1. Mais M. Schippan (6) prétend que depuis Reisinger, jusqu'en 1831, l'accouchement provoqué a été mis en pratique 90 fois, que sur ce nombre, 17 enfans sont nés morts, et, que des 73 autres, 55 ont continué de vivre. Sept femmes en sont mortes.

M. Kilian (7) trouve aussi que les relevés faits jusqu'en 1831 donnent 161 opérations, dont :

72 en Angleterre;
79 en Allemagne;
7 en Italie;
3 en Hollande.

Sur ces 161 cas, 46 enfans sont venus privés de vie et 115 vivans, parmi lesquels 73 ont continué de vivre.

8 femmes sont mortes après l'accouchement; mais 5 au moins ont succombé à des maladies indépendantes de l'opération. Enfin, le rédacteur de la *Gazette Médicale* de Paris (8) ajoute que M. Stoltz a mis en usage l'accouchement prématuré à Troyes depuis sa lecture à l'Académie; en sorte qu'aujourd'hui la science en possède au moins 170 exemples.

(1) Kilian, oper. citat. p. 300.

(2) Burckhardt, *Thèse* citée.

(3) *Ibid.*

(4) *Ibidem.*

(5) *Thèse de concours*, mai 1834, p. 47.

(6) *Dissert. inaug.* etc., Wurtzbourg, 1831.

(7) *Die operat. Geburtshülfe*, p. 298.

(8) Année 1834, tome II, p. 352.

ART. 3.—Opérations qui se pratiquent sur la mère.

§ I. Mort du fœtus.

Nul doute que le fœtus ne soit encore vivant s'il remue, ou si l'ausculation permet d'entendre les mouvemens de son cœur. Nul doute aussi qu'il ne soit mort, s'il s'en échappe des lambeaux putréfiés et reconnaissables; mais, à l'exception de ces cas, qui ne laissent pas la moindre incertitude, la question de la vie ou de la mort est ici une des plus délicates, des plus difficiles à résoudre qu'il y ait en tocologie. Il en est de la mort de l'enfant comme de la grossesse; elle s'annonce par des signes nombreux, mais extrêmement variables et presque jamais certains. Comment en serait-il autrement, puisqu'il est quelquefois impossible de se prononcer sur l'état d'un fœtus qui vient de naître et qu'on a sous les yeux?

A. *Signes*. Quoi qu'il en soit, les signes de la mort peuvent être divisés en deux classes, en rationnels et en sensibles, comme ceux de la gestation.

I. Les *signes rationels* s'observent avant ou pendant le travail.

a. *Avant terme*, la femme a fait une chute, de grands mouvemens, un effort, s'est heurtée l'abdomen contre un corps solide. Elle a usé avec trop d'ardeur du coït, ou s'est abandonnée sans réserve à de vives impressions morales, à des mouvemens inaccoutumés. Elle a fait une maladie grave, pris des médicamens très-actifs. Enfin elle s'est exposée à quelques-unes des causes qui peuvent produire l'avortement. Alors on a quelque raison de présumer que l'enfant est mort, si, peu de temps après l'accident, elle a ressenti des frissons, des nausées, une pesanteur vers le bassin, du dégoût, des horripilations, du froid au ventre, si les seins se sont gonflés, remplis de lait, puis affaissés, si la matrice suit le point le plus déclive du corps, et se porte à droite, à gauche ou en avant, comme le ferait un corps inerte, si le fœtus a brusquement cessé d'exécuter des mouvemens actifs. Si dès-lors le volume du ventre

ne change plus, si la bouche exhale une odeur putrescente, s'il y a un malaise général ou un état fébrile continuel, dit Maningham (1), la mort de l'enfant est extrêmement probable.

b. Au *moment du travail*, la mort est annoncée par la sortie du méconium, par l'absence complète de mouvemens, par une odeur infecte qui s'échappe du vagin ou plutôt de l'utérus avec les eaux, par le ralentissement des douleurs, et par la plupart des phénomènes que je mentionnais tout à l'heure. On a lieu de la craindre, surtout, quand le liquide amniotique s'est écoulé prématurément, ou du moins depuis long-temps, et que la position est mauvaise, ou que d'une manière quelconque les contractions utérines ont dû porter avec force sur le fœtus lui-même.

II. Les *signes sensibles* ne sont appréciables qu'à dater du moment où il est possible de toucher immédiatement quelque partie de l'œuf. Parmi eux on range la sortie du cordon ombilical et l'absence de ses battemens, l'impossibilité d'obliger l'enfant à se mouvoir, bien qu'on le soulève dans la matrice, les lambeaux d'épiderme qui s'enlèvent, le défaut de tumeur rénitente et un peu molle de la tête, la mobilité des os du crâne, le peu de résistance que le thorax ou toute autre partie offre à la pression, l'absence des battemens du cœur, etc.

Mais, il faut l'avouer, peut-être n'est-il pas un de ces symptômes, qui, pris isolément, suffise à l'homme prudent pour l'autoriser à prononcer sans hésiter que le fœtus est mort. Il en est même très-peu qui méritent réellement qu'on s'y arrête. C'est de leur réunion seulement, de leur ensemble, qu'il est parfois permis de tirer des conclusions plus ou moins rigoureuses. Le gonflement des seins, puis leur affaissement, peuvent se rencontrer, quoique l'enfant continue de vivre; mais ce signe n'en aura pas moins une grande valeur, s'il coïncide avec la plupaat des autres signes rationnels. Lorsque le fœtus est mort, l'accouchement, considéré comme terme du grand acte de la reproduction, est en quelque sorte terminé pour l'orga-

(1) Maningham *art. obstetr.* V. Swiéten, tome VII, p. 336.

nisme, et la révolution laiteuse tend à s'opérer de la même manière que si l'œuf était expulsé. On peut en dire autant de ce poids incommode que sent la femme dans tous ses mouvemens, de ce sentiment de pesanteur qu'elle éprouve dans le fond du bassin.

Les eaux peuvent être écoulées depuis trois, quatre, dix, quinze, trente, et même cinquante-sept jours, selon Bauhin, Boer et Morlanne, sans que le fœtus ait nécessairement cessé de vivre; mais le contraire est cependant beaucoup plus ordinaire. Si le méconium s'échappe et que le pelvis ne soit pas la partie qui se présente, les craintes doivent être aussi très-grandes, bien qu'on ait vu plus d'une fois, en pareil cas, le fœtus ne sortir qu'au bout de plusieurs heures et naître robuste et bien portant. Quand le siége descend le premier, la sortie du méconium n'a rien que de très-naturel. C'est la pression que subit le bas-ventre en traversant l'orifice ou les détroits qui la déterminent. Quand c'est la tête, au contraire, la même raison n'existe plus, et, en général, les intestins ne se vident pas à moins que les sphincters, affaiblis comme tous les autres muscles, ne se relâchent au point de ne plus offrir aucune résistance à l'action de la matrice.

Si Viardel (1) qui a le premier insisté sur la sortie du méconium comme signe de la mort de l'enfant, avait indiqué cette différence, il se serait mis à l'abri des sarcasmes amers que lui lancent Mauriceau (2) et Peu (3). Du reste, il ne faudrait pas s'en laisser imposer à ce sujet par l'aspect bourbeux ou la couleur verdâtre des eaux; car c'est un caractère qu'elles offrent assez souvent sans que le méconium y soit pour rien.

Un fœtus vivant cesse quelquefois tout-à-coup ses actions musculaires, et peut rester plusieurs jours, plusieurs semaines, jusqu'à son expulsion complète enfin, sans se mouvoir, et n'avoir cependant couru aucun danger. Il n'avait pas remué

---

(1) *Observ. sur la Pratiq. des accouch.* p. 75, Paris, 1674.

(2) *Malad. des femmes grosses*, etc., p. 321.

(3) *La pratiq. des accouch*, etc., p. 174.

depuis deux jours. La mère et la sage-femme le croyaient mort. Deventer (1) et sa femme partagèrent cette opinion. Partant de là, on le maltraita fort en le tirant, et il vécut encore quarante-huit heures dit le célèbre hollandais. Dans un cas rapporté par Smellie (2) il n'avait pas exécuté un seul mouvement pendant toute la grossesse. De la Motte (3) cite un fait semblable, et remarque que l'enfant était très-fort. D'un autre côté, la femme croit assez souvent le sentir remuer, quand il est réellement mort depuis long-temps, ainsi qu'il me serait facile d'en relater de nombreux exemples, et que je l'ai vu, avec M. Leseble, chez une jeune dame qui est accouchée d'un enfant mort depuis quatre ou cinq jours au moins, bien qu'une heure auparavant elle nous soutînt encore qu'elle le sentait remuer. Cela n'empêche pas ce signe d'avoir une grande valeur pour les praticiens qui savent l'apprécier. Ainsi, on a de fortes raisons de s'effrayer quand, dans le cours d'un travail pénible, on s'aperçoit que le fœtus cesse tout-à-coup de se mouvoir après s'être agité avec plus ou moins de violence, et comme convulsivement.

Des *lambeaux d'épiderme* et des cheveux pourraient, il est vrai, se détacher de quelque point enflammé, gangréné ou ulcéré, sans que l'enfant fût mort. M. Orme (4) en rapporte un exemple remarquable. Dans tous les cas, il faudrait, pour rencontrer ce signe, s'il dépendait de la putréfaction, que la vie eût cessé depuis long-temps. Du reste, j'ai peine à croire qu'on puisse s'y tromper en examinant les choses avec quelque attention.

L'odeur qui s'échappe du vagin m'a toujours paru fort insignifiante tant que la poche des eaux n'est pas déchirée. Mais, plus tard, je la regarde comme un des signes les plus certains. Elle dépend incontestablement de ce que l'air, en pénétrant dans la cavité utérine fortement échauffée par ses contractions,

---

(1) *Observ. sur le manuel des accouch.*, p. 183.

(2) *Théorie et pratiq. des accouch.* etc., tome IV, p. 66.

(3) *Traité complet des accouch.* p. 57, obs. 27.

(4) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 161.

a favorisé d'une manière très-active la putréfaction de ce qui reste de liquide dans les membranes. Cette odeur se manifeste parfois très-rapidement et peut devenir presque insupportable dans l'espace de quelques heures. Il serait difficile de la confondre avec aucune autre, avec celle qui s'exhale d'une ulcération, d'une suppuration quelconque. Jusqu'à présent je ne l'ai jamais rencontrée, sans que l'enfant ne soit venu mort. M. Nægèle (1) a cependant rapporté l'observation de plusieurs fœtus qui ont continué de vivre quoique les eaux fussent noirâtes, fœtides, l'épiderme détaché, le cordon et les membranes d'un jaune verdâtres. M. Heischemann (2), parle aussi d'un enfant qui a crié et respiré pendant une demi heure, quoiqu'il offrît des signes évidens de putréfaction.

Quant à la tumeur du cuir chevelu, puisqu'elle est produite par l'accumulation des fluides au-dessous du point de la tête, qu'étrangle avec plus ou moins de force et plus ou moins longtemps le col de la matrice ou le détroit du bassin, il est évident qu'elle ne se formera pas si la vie cesse avant la rupture des membranes; mais si l'enfant ne périssait qu'après sa formation, elle pourrait persister ensuite, comme si la mort n'avait pas lieu. Je ne parle point du chevauchement ni de la mobilité des os du crâne, parce qu'il est trop facile de s'y méprendre et parce que ces deux phénomènes peuvent tenir à des causes trop diverses.

Quand il est possible d'atteindre le *cordon ombilical*, on constate aisément s'il est encore le siége de quelques battemens, et je ne vois pas comment ce signe pourrait tromper un homme instruit sur l'état réel de l'enfant. Les vaisseaux de cette tige peuvent suspendre leurs battemens, je le sais, dans le moment de chaque effort que fait ou la matrice ou la femme, sans que, pour cela, le fœtus coure véritablement de grands risques; mais ce n'est pas pour avoir exploré le cordon pendant une contraction, ni parce qu'on a cessé momentané-

---

(1) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 70.

(2) *Ibidem*.

ment de sentir ses pulsations, qu'on décidera que l'enfant est mort. C'est après s'être assuré que les battemens y sont tout-à-fait anéantis depuis plusieurs minutes, à l'instant comme dans l'absence des contractions utérines, au-dessous comme au-dessus de la tête, soit qu'il se trouve libre ou qu'il soit comprimé, que l'accoucheur peut se prononcer sans crainte sur ce point. Pour plus de certitude encore, si la tête n'avait pas franchi le détroit supérieur, je ne vois pas pourquoi la main ne serait pas glissée plus ou moins profondément dans la matrice, à l'effet de savoir si les mouvemens du cœur persistent, et de toucher la tige omphalo-placentaire plus près de sa racine ou dans un lieu qui soit à l'abri de toute compression.

Si la réunion de ces signes ou des principaux d'entre eux se rencontrait toujours quand l'enfant a cessé de vivre, on serait rarement embarrassé pour porter son jugement; mais ils manquent si souvent quand il est indispensable d'agir, quand il n'est plus permis de temporiser, que l'on conçoit facilement comment on a pu pratiquer des opérations graves, mortelles même, sur la femme, quoique l'enfant fût mort, et que d'autres fois on ait morcelé le fœtus encore plein de vie.

Jusqu'ici les médecins n'ont fait que des efforts inutiles pour sortir d'une position aussi pénible, et Dieu veuille que le moyen récemment proposé par MM. Bermond (1), A. Baudelocque (2) et Toirac, ne trompe pas l'attente de ses inventeurs. Ces trois médecins semblent avoir imaginé en même temps et à l'insçu l'un de l'autre qu'en portant les deux extrémités d'*un cercle électrique* dans la matrice, sur une partie donnée de l'enfant, ou même tout simplement sur le ventre, on mettrait nécessairement en jeu ses contractions musculaires, s'il n'était pas mort. Il est de fait que le raisonnement et l'analogie sont en faveur de cette idée; mais sur un sujet

---

(1) *Rev. méd.* 1828, tome III, p. 492.

(2) P. François, *thèse*, n° 71, Paris, 1832.

aussi épineux et si grave, on doit attendre qu'une plus longue expérience ait parlé et ne pas se prononcer légèrement.

B. Le *fœtus est vivant*, et, pour le conserver tel, il faut agrandir les ouvertures qu'il doit traverser ou lui en pratiquer de nouvelles. Au commencement du dernier siècle encore, lorsque les accoucheurs se trouvaient en présence d'un bassin vicié au point de rendre l'accouchement impossible, ils aimaient mieux sacrifier l'enfant que de pratiquer aucune opération sur la mère. Sous ce rapport, les uns, plus hardis, avec Mauriceau, avaient recours de suite à l'embryotomie, ou pour le moins à la céphalotomie, tandis que d'autres, avec De la Motte, plus timides, plus humains en apparence mais encore plus barbares en réalité, attendaient patiemment la mort de l'enfant pour le morceler. Aujourd'hui que la symphyséotomie et l'opération césarienne ont été mises en usage un grand nombre de fois avec succès, l'embryotomie n'est plus admise que dans les cas où tout annonce que le fœtus est mort ou ne peut vivre.

§ II. Symphyséotomie.

A. Historique.

Persuadés que les articulations, que les os même du bassin sont susceptibles de céder pendant la grossesse, Fernel, S. Pineau (1) et plusieurs autres auteurs anciens, imaginèrent qu'il serait bon d'en favoriser le ramollissement dans les cas d'angustie pelvienne, et qu'on y parviendrait peut-être au moyen d'embrocations, de cataplasmes et de bains locaux ou généraux. Fondés sur ces traditions vulgaires dont parlent Riolan (2) et Paré (3), et qui font croire au peuple que dans divers pays on brise les os pubis aux petites filles, dès leur

---

(1) *Opus. physiol.* in-8°, Paris, 1590.

(2) *Manuel anatom.* p. 696.

(3) *OEuvres*, liv. 24, chap. 13, p. 696.

naissance, pour rendre, chez elles, la parturition plus facile, sur ce que Galien dit en parlant du bassin, *non tantùm dilatari, sed et secari tutò possunt, ut internis succurratur*, quelques modernes ont pensé que la symphyséotomie avait été entrevue dès la plus haute antiquité. Il est vrai que Cl. Delacourvée (1) fait mention d'une femme contrefaite qui mourut avant d'être délivrée, sur le cadavre de laquelle il divisa la symphyse des pubis pour agrandir le bassin, et que Plenck s'est comporté de la même manière en 1766, sur un autre sujet; mais il est juste d'avouer aussi que personne, pas même Sylvius (2), quoiqu'en dise Lauverjat (3), n'avait formellement songé à proposer cette opération sur la femme vivante, dans le but de faciliter l'accouchement, lorsque Sigault, encore élève en médecine, en fit le sujet d'un mémoire qu'il présenta en 1768 à l'Académie de chirurgie.

C'est donc à ce chirurgien qu'est réellement due l'idée de la symphyséotomie. L'Académie voulut à peine en écouter la première proposition, et Louis, qui en fit part à Camper, la traita comme un projet ridicule, sorti d'une jeune tête sans réflexion. Blumenbach (4), qui révoque en doute l'écartement des symphyses pendant la grossesse, dit que la mobilité du bassin qu'on remarque alors dépend du relâchement des parties molles, et Rœderer (5) avait prétendu, lui, que les os de la tête sont trop mous pour qu'elle puisse disjoindre le bassin au moment du travail. Toutefois le célèbre hollandais n'en jugea pas de même. Après plusieurs essais sur le cadavre, il répondit au secrétaire de l'Académie qu'un jour à venir il ne serait pas impossible d'en tirer un grand parti. Sigault, de son côté, ne se déconcerta point et reproduisit la même idée

(1) *De Nutr, Fœtus in utero paradox.* Dantisci, 1655.
(2) Oper. 1630, lib. 1, c. 2.
(3) *Nouv. méth.* etc, p. 194.
(4) *Instit. physiol.* § 611, trad. p. 307.
(5) *Art des accouch.* § 21 trad. p. 11.

dans sa thèse aux écoles d'Angers en 1773. Quatre ans après il pratiqua son opération en présence d'A. Leroy (1), sur la femme Souchot, et fut assez heureux pour sauver la mère et l'enfant. Ce succès causa un enthousiasme extraordinaire. Les cent voix de la renommée parurent insuffisantes pour célébrer la gloire de l'auteur d'une si belle découverte. La faculté de médecine de Paris ne crut pas trop le récompenser en faisant graver une médaille en son honneur ; de façon que ce même Sigault, que l'Académie de Chirurgie n'avait pas daigné entendre quelques années auparavant, fut bientôt proclamé le premier bienfaiteur de l'humanité.

Une pareille exagération ne tarda pas à rencontrer une vive opposition parmi les chirurgiens, et devint le signal d'un combat, auquel un très-grand nombre de médecins des différens pays de l'Europe crurent devoir prendre part. L'Académie de Médecine soutint avec chaleur les idées de Sigault. L'Académie de Chirurgie, autant peut-être par dépit de ne pas les avoir retenues dans son sein, que par conviction, continua à les repousser avec non moins d'ardeur. De part et d'autre on fut injuste. La dispute devint scandaleuse. On publia des libelles. Les personnalités ne furent point épargnées. Divisés en *symphysiens* et en *césariens*, comme on les appelait alors, les accoucheurs, acharnés les uns contre les autres, n'eurent pas honte d'alimenter cette controverse, bizarre autant qu'extraordinaire, jusqu'au commencement du siècle actuel, sans pouvoir s'entendre. Plenck, Siebold, A. Leroy, Baudelocque, Saccombe, M. Ansiaux (2) descendirent dans l'arène, mais sans s'apercevoir que la question avait été mal posée.

Sigault, en effet, eut tort de donner la symphyseotomie comme devant remplacer l'opération césarienne. Giraud (3)

---

(1) *Recherches historiq*. etc., *sur la sect. de la symp*. etc., 1777, 1778.

(2) *Clin. chir.* 2e édit. p. 83.

(3) *Journal gén.* tome VI, p. 70.

ne parut pas moins exagéré que Bodin (1) qui croit la symphyséotomie inutile, en soutenant que l'opération césarienne ne lui est préférable que dans le cas d'exostose au détroit supérieur, et lorsque le diamètre sacro-pubien a moins d'un pouce. Tous les suffrages se seraient tournés du côté de l'inventeur s'il ne l'eût proposée que comme une nouvelle ressource propre à enrichir l'art, comme une opération qui devait avoir ses applicatious, ses avantages et ses danger particuliers, et finir par rendre la céphalotomie et l'opération césarienne plus rarement indispensables. Weideman, Desgranges, l'envisagèrent des premiers sous ce point devue, et, en les imitant, Thouret (2) et Gardien (3) ont enfin mis un terme à cette polémique dégoûtante, qui servit de prétexte et de voile à la jalousie, à l'envieuse rivalité de toutes les médiocrités de l'époque, pour dénigrer une foule d'hommes recommandables.

Mais aujourd'hui que toutes les passions soulevées à l'occasion de cette querelle sont éteintes, il est facile d'apprécier la symphyséotomie à sa juste valeur. La rupture des symphyses pendant le travail, dont parlent Smellie (4) MM. Ansiaux (5), Ristelhueber et Bach (6), les nombreux exemples de relâchement ou d'écartement que les auteurs de tous les temps ont signalés et que j'ai mentionnés en traitant de la grossesse, ce que Piett (7), Chaussier (8), M. Murat (9), en ont dit, mettent à même actuellement de voir ce qu'on peut attendre d'une pareille opération.

---

(1) *Essai sur les accouch.* p. 5.

(2) *Soc. méd. d'Émul.* tome III, p. 213.

(3) *Traité compl. des accouch.* tome III, p. 1824.

(4) *Théorie et pratiq. des accouch.* etc., tome II, obs. 1.

(5) *Clin. chir.* 1829, p. 87.

(6) *Thèse*, Strasb. 28 août 1832.

(7) *Journal de la Soc. de méd.* tome II, p. 399.

(8) *Dict. de Sc. méd.* tome III, art. Bassin.

(9) *Ibid.* tome LIV, p, 21.

B. Mécanisme.

Si l'on divise le fibro-cartilage inter-pubien, soit après la mort, soit pendant la vie, les os s'écartent, en général d'un demi pouce ou d'un pouce spontanément. Quand le cartilage est tranché, l'os coxal représente en quelque sorte un levier du premier genre. Le centre de mouvement se trouve à la partie postérieure de la facette articulaire du sacrum. La branche postérieure de ce levier, très-courte, et formée par la tubérosité de l'ilium, est entraînée en arrière et vers la ligne médiane par les ligamens sacro-iliaques postérieurs. Sa branche antérieure, fortement coudée s'écarte en proportion de son excès de longueur sur la branche puissante. Le devant des symphyses postérieures s'entr'ouvre. La toile fibreuse qui les recouvre cède, s'allonge, se redresse, se décolle. Le coussinet élastique, qui est en arrière, s'affaisse, et le sacrum, comprimé d'arrière en avant, tend à s'échapper vers l'intérieur du bassin, dont le détroit supérieur, dit Delpech (1), représente assez bien un triangle ayant son hypothénuse en arrière. Si le chirurgien ajoute encore à l'écartement des pubis en pressant sur les crêtes iliaques, la puissance est transportée sur la branche antérieure du levier, et l'on conçoit qu'alors il ne faille pas un grand effort pour déchirer tous les liens des articulations postérieures. C'est dans ce cas, surtout, qu'au dire de certains accoucheurs, le déplacement du sacrum en avant doit faire disparaître l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur à mesure qu'il s'effectue. Sur le bassin vide et sur des pièces de carton, il en est réellement ainsi; mais sur la femme vivante, en même temps que les pubis s'éloignent, la tête du fœtus repousse le sacrum en arrière, au-delà de ses limites naturelles, bien plutôt qu'elle ne lui permet de s'avancer dans l'excavation. Cependant il serait dangereux d'éloigner

---

(1) *Thèse*, Montpellier, 9 thermidor an 9.

les os pubis de plus d'un à deux pouces. On ne pourrait aller au-delà, sans déchirer le tissu cellulaire lâche et abondant de l'excavation, et sans faire naître les inflammations les plus redoutables.

Puisque vous convenez, disent les antagonistes de l'opération, d'une part, qu'il n'est pas prudent de tenter un écartement de plus de deux pouces ou de deux pouces et demi; de l'autre, que le diamètre antéro-postérieur n'est agrandi que de deux lignes pour un pouce, de quatre lignes pour deux pouces, de six à huit lignes pour trois pouces (1), il est évident que vous ne pouvez compter que sur trois à quatre lignes d'ampliation. Or, est-il permis, pour ne gagner que trois lignes, au plus, de pratiquer une opération aussi grave? Cet argument a paru presque sans réplique d'abord. Mais ensuite on a remarqué qu'en s'engageant dans le vide inter-pubien, la bosse pariétale ôte au moins trois lignes à l'un des diamètres de la tête; ce qui fait en tout un demi pouce. En parlant ainsi, on n'a pas fait attention que c'est ordinairement derrière le corps du pubis ou la cavité cotyloïde, et non à la face postérieure de la symphyse, que se trouve l'occiput ou la bosse pariétale. Mais aussi cette dernière disposition donne à son tour un très-grand avantage à l'opération, et je suis étonné que les auteurs en aient à peine parlé. Si le diamètre antéro-postérieur n'est agrandi que de deux à trois lignes, les diamètres obliques le seront au moins de cinq à six. Il en résulte qu'au fond la section du pubis semble être moins limitée dans ses applications qu'on ne l'admet généralement. Les recherches de Desgranges prouvent qu'elle permet d'agrandir de près d'un pouce les diamètres obliques et transverses du bassin; qu'au détroit inférieur, surtout, elle procurerait une ampliation considérable, et que, sous ce rapport, il y aurait

(1) Boer prétend même, que poussé à l'extrême, cet écartement ne peut jamais donner plus de trois lignes d'ampliation au diamètre antéropostérieur.

encore, je crois, quelques expériences à tenter. M. Ansiaux (1), qui accuse Baudelocque d'inexactitude en ce qui concerne la clinique de Liège, et qui relate le fait d'une symphyséotomie pratiquée à la maternité de cette ville, en 1823, s'est d'ailleurs livré à des expériences dont les résultats sont plus favorables qu'on ne l'avait cru (2). Trois pouces d'écartement lui ont fourni dix lignes. Sur un bassin de deux pouces une ligne, un pouce a donné deux lignes et demi, deux pouces et demi ont procuré sept lignes, trois pouces neuf lignes et demi. Un autre bassin a fourni trois lignes pour un pouce, six pour deux pouces, et dix lignes pour trois pouces. Ce serait une grande erreur cependant de croire avec M. Petrunti (3) qu'on peut obtenir ainsi jusqu'à un pouce et demi d'agrandissement dans tous les diamètres du détroit supérieur.

C. Appréciation.

La symphyséotomie paraît donc applicable lorsque quatre, cinq ou six lignes de plus permettraient à la tête de passer, toutes les fois, par exemple, que le forceps est insuffisant, et que cependant le plus petit diamètre du bassin offre plus de deux pouces et demi d'étendue. Quant à ses dangers, il paraît difficile de les prévenir dès que le volume de la tête exige un écartement un peu considérable, et toutes les fois que les articulations pelviennes sont peu relâchées naturellement. Quand même on se dispenserait d'agir sur les hanches ou les cuisses pour écarter les pubis, il n'en faudrait pas moins que l'enfant sorte. Qu'on l'entraîne avec le forceps, par la version, ou que les contractions suffisent pour la chasser, rien n'est capable d'empêcher la tête, en traversant le détroit resserré, de distendre avec violence les articulations postérieures, de les dé-

(1) *Clin. chir.* etc, 2e édit. 1829, p. 85.
(2) *Ibidem.* p. 95.
(3) *Bulletin de Thérapeutique*, tome VII, p. 130.

chirer même, pour peu que ses dimensions dépassent celles du cercle qu'elle doit franchir.

Je suis loin de penser, cependant, avec Osborne, Denman (1), Lauverjat (2), M. Dewees (3), qu'on doive rejeter cette opération dans tous les cas. Si M. Burns (4) n'en trouve d'autre exemple en Angleterre que celui de Welchman (5), M. Giraud (6) dit encore l'avoir vue pratiquer à Lyon, et le compte rendu des travaux de la société médicale de Metz, montre que M. Stock (7) l'a récemment tentée avec succès. M. Petrunti (8) vient aussi d'en ajouter un nouvel exemple à ceux qu'il possède déjà. Si la femme Vespres, opérée par Sigault malgré Lauverjat (9) et Coutouly, mourut ainsi que l'enfant, c'est que le diamètre sacro-pubien n'avait que deux pouces et que l'opération n'était pas indiquée. Si Lauverjat (10) a souvent raison dans sa diatribe contre Sigault (11), celui-ci n'en prouve pas moins (12) que de quatre femmes opérées par lui, à Paris, trois sont guéries, qu'en province on en avait sauvé sept sur huit, et que la dame Laforest, des Gobelins (13), marchait quinze jours après l'opération. On peut voir dans l'ouvrage de M. Ansiaux (14) que Cambon, de Mons, l'a pratiquée trois fois avec succès. Je veux seulement faire sentir que ses par-

---

(1) *Introd. à la pratiq.* etc., tome IV, p. 234.

(2) *Nouv. méthod. de pratiq. l'oper. cés.* p. 196 à 312.

(3) *System. of midwif.* 1825.

(4) *Principl. of midwif.* etc., p. 477.

(5) *Lond. med. journal,* 1790, p. 46.

(6) *Thèse,* Strasb. 30 août 1824.

(7) *Archiv. gén* tome XXIV, p. 447.

(8) *Bulletin de Thérapeutique,* tome VII, p. 130.

(9) *Exam. d'une broch. sur la symph.* 1779.

(10) *Ibidem, et Nouv. méth.* etc., p. 312.

(11) *Analys.* de 3 procès-verb. à l'occas. de la femme Vespes, Paris, 1778.

(12) *Discours sur les avantages de la symphyséotomie,* p. 25.

(13) *Ibidem,* p. 22.

(14) *Clin. chir.* 2e *éd.* 1829, p. 85.

tisans en ont trop atténué les dangers et singulièrement exagéré les avantages. Malgré les nouvelles raisons invoquées par M. Ansiaux (1) et le reproche qu'il me fait à ce sujet, je ne puis admettre avec cet auteur, par exemple, qu'elle doive être préférée à la céphalotomie, même quand le fœtus est mort.

C'est le seul moyen de salut qu'on puisse invoquer : 1° lorsque la tête se trouve enclavée dans l'excavation, après avoir traversé un détroit supérieur très-resserré ; 2° quand la tête a franchi l'orifice et qu'elle est arrêtée par l'angustie du détroit inférieur ; 3° quand le tronc est dehors, la vie de l'enfant non douteuse, et la tête dans l'impossibilité de franchir les voies naturelles. Dans ces trois cas, elle est préférable à l'opération césarienne, même après la mort de la femme ; parce qu'il serait presque impossible de ne pas faire périr l'enfant en cherchant à l'extraire par l'ouverture abdominale.

Elle offre, en outre des avantages incontestables toutes les fois que le resserrement porte sur les diamètres transversal et oblique ; qu'il existe au détroit inférieur ; qu'il dépend de la barrure, d'une exostose, d'une tumeur solide quelconque placée latéralement, d'une saillie de la cavité cotyloïde. Il en est de même de l'enclavement, soit que l'espèce de paragomphose décrite par Rœderer ait lieu, soit que la tête se trouve prise par les deux extrémités de son diamètre bi-pariétal ou occipito-frontal, ou de toute autre manière pourvu toutefois que le détroit inférieur ne soit pas rétréci à l'extrême. On voit, au reste, que si l'allongement du diamètre sacro-pubien produit par la section des pubis doit être, dans certains cas, d'autant plus considérable que le resserrement du bassin était plus prononcé, ainsi que l'ont avancé Giraud et M. Ansiaux, il peut arriver aussi tout le contraire, comme l'ont très-bien remarqué Boer et madame Lachapelle.

Pour pratiquer la symphyséotomie, il faut encore, 1° que le fœtus soit vivant ; 2° que la présentation soit naturelle et, autant que possible, qu'on ne soit pas obligé ensuite d'entraîner l'en-

(1) *Cliniq. chir.* etc., p. 105.

fant par les pieds, 3° que le col utérin soit largement dilaté, 4° que la femme soit assez jeune pour qu'on n'ait pas à craindre l'ankylose du bassin.

D. Manuel opératoire.

La malade est placée sur une table à opération ou sur son lit, comme pour l'application du forceps, ayant les cuisses ainsi que les jambes légèrement fléchies et convenablement écartées. Un aide lui soutient les épaules. Deux autres s'emparent de ses genoux. Un quatrième tend la peau du ventre. Un cinquième est chargé de donner à l'opérateur les instrumens dont il peut avoir besoin.

Situé à droite ou entre les jambes de la femme, le chirurgien, armé d'un bistouri convexe et bien tranchant, fait une incision qui doit commencer à quelques lignes au-dessus de la symphyse et se prolonger tout auprès du clitoris un peu à gauche. Cette incision comprend la peau, préalablement rasée, et toutes les parties molles qui constituent le mont de Vénus. Parallèle à la ligne médiane, elle doit tomber, autant que possible, sur le milieu de l'articulation. A sa partie inférieure, cependant, il est bon de l'incliner un peu de côté, entre le sommet de la grande et de la petite lèvre, de séparer même de la branche pubienne une des racines du clitoris, afin d'éviter plus tard des déchirures dangereuses. Il ne peut y avoir que de très-petites artères à lier, à moins qu'on n'ait divisé la honteuse interne, en prolongeant avec trop peu de précaution la section des parties par en bas. Pour inciser le cartilage, les uns ont conseillé d'agir de bas en haut, d'autres de haut en bas, plusieurs d'arrière en avant, ou de dedans en dehors, et le plus grand nombre d'avant en arrière. Il en est qui se sont servi d'un bistouri, d'une sorte de scalpel en rondache, du couteau pliant d'Aitken, du bistouri boutonné ou du bistouri ordinaire, dont Gardien recommande de couvrir la pointe avec l'ongle de l'indicateur gauche pour prévenir toute lésion des organes internes. En pareil cas, on ne peut contester à chacun le droit

de choisir l'instrument qui lui plaît le mieux. Pour moi, je pense qu'ici comme ailleurs, c'est bien plus à la main qui agit qu'à la forme du bistouri qu'il faut avoir égard, et que la seule qualité essentielle du couteau-opérateur est qu'il soit solide et bien affilé. Le plus sûr est de couper le cartilage de haut en bas et de la face cutanée vers la face pelvienne de la symphyse. En haut, l'incision doit se prolonger, dans l'étendue d'un demi-pouce ou même d'un pouce, sur la ligne blanche. Pour ne pas s'exposer à blesser la vessie ou l'urèthre comme il est arrivé à quelques chirurgiens qui sont allés du même coup jusqu'à la tête de l'enfant, à travers la poche urinaire et la matrice, il suffira toujours, je pense, de maintenir la lame du bistouri à quelque distance de sa pointe, avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, pendant qu'on en fait agir le tranchant avec la main droite. Dans le but d'éviter plus sûrement encore le réservoir de l'urine et son canal excréteur, on pratique le cathétérisme dès le principe ou du moins avant de commencer le second temps de l'opération. Par ce moyen on vide la vessie, et la sonde sert à déjeter l'urèthre un peu à droite, pendant qu'on incline légèrement à gauche l'incision du ligament sous-pubien. Quand l'appareil ligamenteux est en grande partie traversé, on redouble de précautions. On ne coupe plus qu'en traînant, en quelque sorte, la pointe de l'instrument, et l'on cesse de s'en servir dès qu'il ne rencontre plus rien d'élastique et de résistant à diviser.

Effrayé des désordres imaginaires que l'air devait produire en pénétrant dans l'articulation, A. Leroy conseilla de faire l'opération en deux temps. Pour cela, M. Lescure (1), son élève, veut qu'on fasse d'abord une incision de neuf à dix lignes à la peau; puis, qu'après avoir coupé le tiers du cartilage avec une extrême lenteur on revienne prolonger la section des ligamens jusqu'au clitoris, pour retourner ensuite au cartilage qui reste à couper : « Sans s'inquiéter aucunement du sang

---

(1) *Thèse*, Paris, 1er thermidor an 11.

« qui sort des petits vaisseaux honteux externes, on fait cette « section, dit-il, avec beaucoup de lenteur et en tâtonnant le « cartilage.

D'autres ont pensé atteindre plus sûrement encore le même but en ne divisant la peau qu'au-dessus et au-dessous de la symphyse ou bien seulement dans l'étendue de quelques lignes vis-à-vis de sa partie moyenne, ce qui devait très-certainement rendre fort difficile la section du ligament; mais aujourd'hui on est revenu de ces craintes mal fondées. Tout le monde sait que les accidens qui suivent trop souvent la symphyséotomie sont étrangers à l'action de l'air sur le cartilage, et qu'au surplus ces modifications dans le procédé opératoire ne la préviendraient en aucune manière.

Avant de commencer, il importe de s'assurer du lieu qu'occupe l'articulation; car lorsque le bassin est vicié, il n'est pas rare de la trouver assez fortement déviée à droite ou à gauche, pour que plus d'une fois on soit tombé sur le corps des os au lieu de mettre le cartilage à découvert.

S'il arrivait que la symphyse fût ossifiée, comme dans les bassins cités par Wiedmann, Lauverjat (1), comme Boer et madame Lachapelle disent qu'on le rencontre assez souvent, et ainsi que je l'ai moi-même rencontré deux fois, il y aurait si peu de chances d'obtenir un agrandissement un peu considérable, qu'au lieu de scier l'articulation, comme le conseille M. Champion et comme l'a fait Siebold, j'aimerais mieux avoir recours à l'opération césarienne. En portant la scie en dehors de la symphyse, sur le corps même de l'os, d'après le conseil de Desgranges, et comme le fit ce W. dont parle Lauverjat (2), l'opération ne serait ni plus ni moins dangereuse; car c'est en arrière, dans les articulations sacro-iliaques, et non pas en avant, que se trouve la difficulté.

Aussitôt après la section du cartilage, la branche postérieure du levier coudé, que forme l'os coxal, entraînée par l'élasticité

(1) *Nouv. méthode de pratiq. l'opér. cés.*, p. 268.
(2) *Ibidem*, p. 258.

des ligamens sacro-iliaques postérieurs, produit un écartement de six à douze lignes entre les pubis. Cet écartement doit nécessairement varier, selon le degré d'étroitesse du bassin et selon le degré de consistance et de ramollissement des symphyses. S'il s'opère parfois également aux dépens des deux os, il doit aussi porter d'autres fois beaucoup plus sur l'un que sur l'autre. Quoi qu'il en soit, j'ai peine à comprendre qu'il puisse aller de lui-même assez loin pour devenir dangereux et pour qu'il soit utile de le borner, comme on l'a recommandé, comme le conseille encore M. Bouillet (1), en fixant les hanches avant la fin de l'opération au moyen d'un cercle d'acier. Au contraire, on est presque toujours forcé, pour le porter au point convenable, de presser d'avant en arrière et de dedans en dehors avec lenteur et modération sur les épines iliaques, ou d'écarter avec ménagement les cuisses de la femme. Ceci, toutefois, ne rend nullement nécessaire la pince que M. Bouillet (2) veut, avec M. A. Baudelocque, qu'on introduise fermée entre les os pour les écarter insensiblement en l'ouvrant.

Malheureusement, quand l'opération est terminée, l'accouchement est loin d'être effectué. Si les contractions sont énergiques et bien soutenues, on l'abandonne aux ressources de la nature, à laquelle il serait sans doute mieux aussi de s'en remettre du soin d'amener au degré convenable l'écartement des os; mais si la matrice ne réagit pas, si le travail languit ou s'il survient quelque accident qui réclame l'extraction prompte de l'enfant, on est bien obligé d'appliquer le forceps ou de pratiquer la version, en se conformant du reste aux préceptes qui ont été posés plus haut.

Je craindrais tellement d'être obligé de ramener les pieds en pareil cas, à moins qu'ils ne se fussent présentés d'avance, que je donnerais, sans hésiter, le seigle ergoté pour exciter les contractions utérines, et que je tenterais l'emploi du for-

---

(1) *Thèse*, n° 115, Paris 1832.
(2) *Ibidem*.

ceps, même dans les cas où la tête, encore engagée dans le détroit supérieur, se trouverait placée transversalement. C'est pendant cette partie du travail qu'il serait probablement nécessaire de soutenir les hanches ou la totalité du bassin, soit avec les mains, soit avec un bandage approprié, pour empêcher les articulations d'être trop profondément déchirées par la pression excentrique de la tête ou les efforts de l'accoucheur.

E. Pansement.

Une fois la parturition opérée, on nettoie la femme. On raproche les pubis l'un de l'autre. De la charpie enduite de cérat et des compresses sont placées sur la plaie. Un bandage de corps, passé autour du bassin, maintient le tout et doit être assez serré pour s'opposer, au moins jusqu'à un certain point, à un nouvel écartement des os. La malade, reportée dans son lit, doit y rester couchée sur le dos, et garder le repos le plus complet. Ses cuisses, surtout, ne doivent exécuter aucun mouvement pendant six semaines ou deux mois, temps indispensable pour la consolidation des symphyses. On la tient d'ailleurs au régime des opérations graves, et l'on combat les accidens avec énergie, s'il en survient.

Il faut songer à l'écoulement des lochies, faire des injections émollientes ou détersives dans le vagin, s'il menace de cesser avant le temps ordinaire, conseiller à la femme de nourrir son enfant, s'il est possible, et veiller à ce que les lèvres de la plaie restent constamment en contact. Quand le terme de la guérison approche, on ne doit permettre les mouvemens, et surtout la marche, qu'avec une grande réserve. Pour peu qu'il y ait de mobilité et de douleur dans le bassin, on en revient au repos pour un temps plus ou moins long, et souvent ce n'est qu'au bout de trois ou quatre mois que la station et la progression sont possibles sans danger. S'il est difficile de comprendre comment la dame Laforest, dont parle Sigault, a pu marcher le quinzième jour, il l'est bien plus encore de s'expliquer com-

ment cette femme de Saint-Léon, opérée par Desprès (1), parvint à se lever, à rester près de son feu dès le surlendemain de l'opération.

Rien n'est plus à désirer, sans doute, que la consolidation de la symphyse divisée ; mais on a vu des femmes chez lesquelles on ne l'avait pas obtenue, qui ont cependant pu marcher, se tenir debout et même sauter, sans en être sensiblement incommodées, disposition qu'on explique par la grande solidité qu'avaient acquise les symphyses postérieures. MM. Mansuy et Dubois ont relaté chacun une observation de ce genre. A. Leroy et M. Lescure (2) vont jusqu'à dire qu'on doit la favoriser, en n'appliquant point de bandage autour du bassin. Ils prétendent, et peut-être n'ont-ils pas entièrement tort, que le vide de la symphyse se remplit de tissu cellulo-fibreux, qui n'empêche pas la solidité des articles, et qui fait que, par la suite, la femme accouche avec beaucoup plus de facilité.

F. Résultats.

Au total, quand on considère que sur quarante-quatre femmes qui ont subi la symphyséotomie, il en est mort quatorze (3) ; que plusieurs sont restées infirmes pour toute leur vie, notamment les deux dont parle madame Lachapelle, et qui furent opérées à la Maternité ; que chez un certain nombre l'opération n'était pas indispensable, puisque chez la Dubelloy (4), par exemple, l'accouchement s'était déjà fait six fois sans secours, et que celle de Saint-Omer avait trois enfans vivans; puisque la femme Blandin (5), que Sigault avait opérée une première fois, et qui ne voulut pas l'être une deuxième, fut délivrée d'un enfant vivant par une simple sage-femme, et qu'il

(1) Bodin, *Essai sur les accouch.* etc., p. 62.

(2) *Thèse*, 1er thermid., an 11.

(3) Merriman, oper. citat. p. 171.

(4) Bodin, *Essai sur les accouch.* p. 54.

(5) *Ibidem.*

en fut de même de la personne d'abord opérée par Desprès ; que le plus souvent l'enfant n'a pas survécu, et qu'il doit succomber, en effet, dans la plupart des cas, à cause de la version ou de l'application du forceps qu'on est presque toujours obligé de tenter ; enfin, comme le dit Lauverjat (1), que sur dix-huit opérations, vingt-un individus, mères ou enfans, sont morts, qu'il a fallu recourir ensuite deux fois à l'opération césarienne ; que cinq ont été suivies d'incontinence d'urine et une de claudication ; que sur les trente-quatre cas dont parle Baudelocque, on ne sauva que onze enfans; quand on considère, dis-je, tous ses dangers, et qu'on les met en balance avec les avantages qu'on en retire dans les cas les plus heureux, il est difficile de ne pas convenir, avec Desormeaux, qu'au fond la section des pubis n'est guères moins grave que l'opération césarienne, et que son usage doit se renfermer dans des limites assez étroites. D'une part le forceps, de l'autre l'accouchement provoqué, en troisième lieu le seigle ergoté; et, enfin, si le fœtus est mort, le céphalotribe de M. Baudelocque en rendront même, il faut le dire, la nécessité de plus en plus rare et permettront de comprendre comment il se fait que M. Ritgen (2) soit le seul accoucheur en Allemagne qui la conseille encore.

G. Procédé nouveau.

Si j'ai bien compris ce que m'en a dit M. Vulpès, il paraîtrait que le professeur Catolica, de Naples, remplace la symphyséotomie par une autre opération, qui ne serait, à proprement parler, qu'une modification de ce qu'avait déjà proposé Desgranges et surtout M. Champion (3). Au lieu de diviser le cartilage, il veut qu'on fasse, des deux côtés, la section du corps et de la branche des pubis, entre les deux trous sous-pubiens. De cette manière, les symphyses sacro-iliaques restent intactes. On ne court aucun risque de blesser la vessie ni l'urèthre. Le tissu

---

(1) *Nouvelle méthode de pratiq. l'opér. césar.*, etc., p. 312.

(2) Kilian, *Die operat.*, *Geburtshülfe*, p. 885.

(3) *Dict. de Sc. méd.* tome LX, p. 66.

cellulaire du bassin est à peine tiraillé. La consolidation est facile à obtenir. Point d'abcès, point de carie, point de fistule, ni de claudication, ni de péritonite à redouter, et l'on obtient une ampliation considérable du diamètre sacro-pubien. Cette opération, dont M. Pitois (1) a fait le sujet d'une assez bonne thèse, a été revendiquée depuis en faveur de M. Galbiati (2), mais c'est à tort. Aitken (3), qui écrivait en 1785, la donne exactement comme je l'ai indiquée. Il est même à remarquer que la scie articulée, dont il se servait pour la pratiquer, et qu'il a figurée (4), diffère à peine de la scie à chaîne dite de Jeffrey, récemment introduite dans la pratique chirurgicale. J'ajouterai que M. Vulpès m'a dit avoir apporté le mémoire de M. Catolica, en 1826, à l'Académie royale de médecine de Paris, et que ce n'est pas M. Galbiati lui-même qui a réclamé. J'avouerai aussi que M. Catolica ne paraît pas avoir suivi ce procédé dans la symphyséotomie qu'il a pratiquée en 1829 (5), et qui a eu la mort de la mère et de l'enfant pour résultat. Toutefois, il faut le dire, c'est M. Galbiati (6) qui semble avoir pratiqué le premier la bipubiotomie (il l'appelle pelviotomie, comme Aitken, et l'attribue à *Haytren*) pendant la vie. C'était sur une femme rachitique. Il fit la section d'un côté d'abord, et la symphyséotomie proprement dite. On administra le seigle ergoté immédiatement. Vingt-quatre heures après on scia l'autre côté. La mort eut lieu le lendemain; on trouva une sorte de putrilage dans le bassin et pas de péritonite. (Hospice des Incurables, à Naples). Il suit de là, que le procédé de M. Galbiati, d'écrit par ce chirurgien, en 1819 (7), n'est pas le même que celui d'Aitken ou de M. Catolica, et

(1) *Thèse*, Strasb. 26 août 1831.
(2) *Gaz. méd.* de Paris, 1831.
(3) *Principl. of midwif.* p. 84, pl. 12.
(4) *Ibid.* fig. 2 de la dern. pl.
(5) *The Lancet*, 1829, vol. II, p. 192.
(6) *Il Filiatre Sebezzio*, vol. III, p. 312.
(7) *Del taglio della sinfisi del pube*, etc, Napol. 1819.

que sur les femmes enceintes contrefaites, ils ne seront probablement applicables ni l'un ni l'autre.

§ III. Opération césarienne.

On donne le nom de section césarienne à l'ouverture qu'on fait au ventre et à la matrice pour extraire l'enfant, quand il ne peut sortir par les voies naturelles. Par extension, on le donne aussi, depuis Simon, à l'incision on aux incisions qu'il est quelquefois nécessaire de pratiquer sur le col par le vagin, dans le but de favoriser le passage de la tête.

A. Hystérotomie abdominale.

I. Historique.

Comme perdue dans la nuit des temps, l'origine de cette opération n'a pu jusqu'ici être précisée par personne. Dans les siècles fabuleux, les uns ont dit (1) que Bacchus, fils de Jupiter, fut ainsi retiré du ventre de Sémélé par Mercure. Les Romains ont avancé la même chose d'Esculape, qui fut extrait du ventre de sa mère par Apollon, lorsqu'elle était déjà sur le bûcher qui devait bientôt la consumer. Virgile dit aussi que Lycus vint au monde de cette manière. Ces traditions vagues, un passage de Pline et de quelques lois romaines portent à croire que l'opération césarienne était en usage dans les temps les plus reculés. M. Mansfeld (2), cherche même à prouver qu'elle était pratiquée chez les juifs. Il est dit dans le Talmoud et le Mischajoth, que l'enfant né par la section du ventre n'a pas le droit de primogéniture. Jaschi l'a décrite dans son commentaire sur le *Nidda*, et dit que les femmes qui l'ont subie ne sont point obligées aux quarante jours de purification. Rien ne prouve cependant d'une manière authentique qu'elle ait été pratiquée sur la femme vivante avant 1520, à moins qu'on n'admette comme certaine l'observation de cette dame de Craon, qui, au dire de Goulin, fut soumise à

---

(1) Schweighaeuser, *Archiv.* tome I, p. 218.

(2) *Bulletin de Férussac*, tome II, p. 230.

la section du ventre, en 1424, et y survecut ainsi que son enfant. Les anciens médecins grecs et latins n'en parlent en aucune manière. Guy de Chauliac (1), qui semble l'avoir décrite, le premier, se fondant sur le passage suivant, tiré de Pline (2) : *Auspicatiùs, enectâ parente, gignuntur, sicut Scipio africanus prior natus, primusque cæsus, cæso matris utero, dictus, quâ de causâ, cæsones appèllati; simili modo natus est Manlius qui Carthaginem cum exercitu intravit*, croit qu'elle a pris son nom de Jules César. D'autres ont prétendu, au contraire, que c'était de l'opération que ce général et sa famille avaient tiré le leur. Bayle remarque qu'Aurélie, mère de César, vivait encore à l'époque où son fils vint en Bretagne, et qu'on doit par conséquent rejeter parmi les fables l'histoire racontée par Pline. Les recherches de Weidemann (3), et de Sprengel (4), n'ayant pas donné de solution satisfaisante sur ce sujet, on est forcé d'avouer que l'étymologie de l'opération césarienne n'est pas mieux connue que son origine.

I. Appréciation.

Rousset (5) est le premier qui ait osé soutenir qu'on peut, qu'on doit même recourir à l'opération césarienne pendant la vie. Après avoir invoqué diverses expériences et de nombreuses analogies, il mentionne sept femmes qu'on y avait soumises avec un plein succès ; mais l'observation de la femme Godon, qui fut opérée sept fois, celle dont parlent les chirurgiens Lenoir et Lebrun, qui opérèrent trois fois le même sujet, le récit d'Alibax de Sens, de Colot, le fait de cette autre femme qui avait une longue cicatrice au côté droit du ventre, et qui dit qu'on lui avait extrait un fœtus par cet

(1) *Grande chir.* trad. de Joubert, Rouen, 1649, p. 592.

(2) *Hist. nat.* liv. 7, 78, ch. 9.

(3) *Comparat. inter. sect. cæsar.* etc., 1779.

(4) Schweighaeuser, *Arch.* etc., tome I, p. 217.

(5) Hystérotomotokie, Paris, 1581.

endroit sept années auparavant, sont-ils bien authentiques? Doit-on prendre à la lettre ce que dit G. Bauhin (1) de cette Alipaschie de Siegershensen, en Allemagne, qui fut opérée bar J. Nufer, son mari, châtreur de bétail, après avoir été abandonnée par plusieurs sages-femmes, et qui se rétablit si bien qu'au bout de quelques années elle accoucha sans danger de deux autres enfans? Que penser de cet autre fait, dont parlent Paré et Schenk, et qui a pour sujet Nicole Béranger? Comment se fait-il que cette femme soit accouchée, deux années plus tard, d'une fille et ensuite d'un garçpn, si elle avait eu besoin de subir l'opération césarienne? J'en dirai autant d'Élisabeth Turgois, qui accoucha par la suite de quatre enfans par les voies naturelles, au dire même de Bauhin. Enfin, il est sûr que des soixante et quelques observations relatées par Rousset, Bauhin et Simon (2), il n'y en a qu'un très petit nombre qui soient tout-à-fait concluantes, et que Paré, qui croyait peu à ses succès (3), qui finit même par se rétracter tout-à-fait sur le bien qu'il en avait dit; que Guillemeau qui l'a pratiquée deux fois et vue pratiquer trois fois par Viart, Brunet et Charbonnet, sans succès (4); que Marchant, Mauriceau qui en regarde la réussite comme impossible, *quoiqu'en disent plusieurs imposteurs* (5); que Peu (6) qui ne l'a point faite et *n'avait point envie de la faire;* que Dionis (7), qui veut qu'on punisse ceux qui la pratiquent sur la femme vivante; que de la Motte, qui en rapporte (8) cependant un exemple de succès obtenu par un chirurgien de Pont-L'abbé, et tous ceux qui ne vou-

---

(1) *Appendice à l'ouv.* de Rousset, p. 37.

(2) *Acad. de chir.* tome I, p. 462, et tome II, p. 213.

(3) *OEuvres*, etc., chap. 58, p. 717.

(4) Guillemeau, *OEuvres compl.* in-folio, p. 342.

(5) *Maladies des femmes grosses*, etc., p. 260.

(6) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 336.

(7) *Traité gén. des accouch.* etc., p. 311.

(8) *Traité complet des accouch.* etc., p. 620, obs. 335.

laient se laisser convaincre que par des faits avérés, ne durent pas manquer d'excellentes raisons pour combattre les assertions de Rousset, pas plus que Deventer n'en a manqué pour les défendre.

Quoi qu'il en soit, d'après Baudelocque lui-même, la section césarienne a été faite souvent avec succès. Sur quatre-vingt-treize cas, il compte trente-trois exemples de réussite, dont vingt-quatre depuis 1750. Sans compter les deux observations de Lauverjat (1), celles de Sanson (2), de Bourret (3), les deux cas du chirurgien d'Attichi (4), celles de Brou (5), de Soumain (6), de Deleurye (7) de Chabrol (8), de Millot (9), qui paraissent incontestables, elle l'a été depuis deux fois à Nantes, sur la même femme, par Bacqua (10); deux fois sur deux femmes différentes au rapport de Handry (11); deux fois aussi par M. Le Maistre (12), d'Aix; une fois par M. Dariste, à la Martinique; une fois par Vonderfuhr (13), en 1823, à Dahlen; une autre fois, le 18 mai 1827, par M. Andreini (14) à l'hôpital de Florence; deux fois par M. Schenck (15); une fois par M. Grœfe (16); une fois par

---

(1) Oper. citat. p. 153, 162, l'une le 21 juillet 1782, l'autre en 1787.
(2) Lauverjat, p. 150, Planque, tome I, p. 628.
(3) *Ibidem.* p. 187.
(4) *Ibidem.* p. 151.
(5) *Acad. de chir.* tome I, p. 476.
(6) Le Boursier Ducoudray, p. 105.
(7) Oper. cesar. sur la signe blanche, etc., p. 42.
(8) *Ibidem.* p. 67.
(9) *Supplément à tous les traités d'accouch.* etc., tome II, p. 454.
(10) *Journal gén.* tome IV, p. 434.
(11) *Journal gén.* tome IX, p. 389.
(12) *Bulletins de la Faculté*, 1807, p. 169.
(13) *Revue méd.* 1825, tome IV, p. 132.
(14) *Rev. méd.* 1828, tome I, p. 119.
(15) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 10.
(16) *Bullet. de Férussac,* tome XII, p. 68.

Lantz (1) ; une fois par M. Buren (2) ; une autre fois aux colonies par M. Gardey (3), en octobre 1822; deux fois à Saint-Pierre sur la même dame (4); une fois par M. Muller (5); une fois par M. Mergaut (6) ; une fois par M. Johanknecht (7); une fois en 1824, par M. Engeltrum (8); une fois par Sernin, Alazar, Vigaroux, selon M. Lagardère (9); deux fois au dire de M. Lordat (10); sur la même femme, morte à la troisième; une fois par M. Metz (11); une fois par M. Walther (12), en 1813 sur une femme qui n'est morte qu'en 1821; une fois à Stemberg, le 2 septembre 1810, par Chapuis (13); deux fois le 4 mai et le 26 octobre 1823 à Maestricht par M. Bosch fils (14); deux fois sur la même femme, par M. Loreille (15); une fois par M. Collin (16); quatre fois par Jolly (17 ; de sorte qu'on ne peut plus se refuser de croire maintenant à la possibilité de sauver ainsi quelques femmes.

Il n'est pas permis, cependant, d'en nier le danger. Boërhaave, Boer et quelques autres (18), ont eu tort sans doute d'avancer qu'on obtient à peine un succès sur quatorze opé-

---

(1) *Bulletin de Férussac*, tome XII, p. 70.
(2) *Journal univ.* tome XXXI, p. 369.
(3) *Journal univ.* tome LI, p. 66.
(4) Gardey, *Journal univ. des Sc. méd.* etc.
(5) *The Lancet*, 1829, vol. II, p. 791.
(6) *Journal univ.* tome XIV, p. 106.
(7) *Amer. Journal*, mai 1831, p. 248.
(8) *Lond. med. journal*, 1830, p. 523.
(9) *Thèse*, Montpellier, 19 pluv. an 8.
(10) Bals, *Thèse*, Montpellier, août, 1817.
(11) *Bulletin de Férussac*, tome XV, p. 86.
(12) Mayer, *id.* tome XVII, p. 404.
(13) Ansiaux, *Clin. chir.* 1829, p. 64.
(14) *Ibidem.* p. 64.
(15) *Bulletins de la Faculté*, 1816, p. 45.
(16) *Ibidem.* tome VI, p. 334.
(17) *Thèse*, n° 76, Paris 1830.
(18) *Voyez* Schweighaeuser, *Arch.* etc., tome II, p. 6.

rations; mais il est au moins certain qu'elle a été pratiquée quatre fois à la Maternité de Paris depuis vingt ans, et que les quatre femmes y ont succombé; que de soixante-treize cas cités par Baudelocque, quarante-deux ont été suivis de la mort; que sur cent six faits rapportés par Sprengel, quarante-cinq n'ont point eu de succès, et que sur les deux cent trente-une opérations dont parlent Kelly et Hull, cent vingt-trois n'ont point empêché les femmes de mourir. Les cas malheureux doivent être mis en regard des succès. Deleurye (1) en cite deux, Coutouly (2) un, Lauverjat (3) deux, M. Ansiaux (4) deux, Millot (5) deux, Jolly (6) deux, M. Lovati (7) deux, M. Riecke (8) deux, M. Catolica (9) un, M. M'Kibbin (10) un, M. Gensoul (11) un, M. Bello (12) un, la Revue médicale (13), le Journal complémentaire (14), la Lancette française (15), chacun un, M. Schlegel (16) un, M. Busch (17) un, M. Mazzoni (18) un. Les faits indiqués par M. Giraud (19),

(1) Opérat. cés. sur la lign. bl. 1779, p. 70, 104.
(2) *Sur divers sujets d'accouch.* etc., p. 68.
(3) Oper. citat., p. 120.
(4) *Cliniq. chir.*, etc., 2e édit., p. 76, 78.
(5) *Supplément à tous les traités d'accouch.* etc., tome I, p. 544.
(6) *Thèse citée*, Paris 1830.
(7) Ferrario, *Jour. des Prog.*, t. I.—*The Lancet*, 1829, vol. II, p. 630.
(8) *Arch. gén. de méd.* tome XXII, p. 371.
(9) *The Lancet*, 1829, vol. II, p. 192.
(10) *Lond. med. journal*, mai 1831, p. 428.
(11) *Journal cliniq.* de Lyon, tome I, p. 300.
(12) *Transact. méd.* tome XIII, p. 285.
(13) 1830, tome III, p. 91.
(14) tome XLI, p. 210.
(15) tome IV, p. 292.
(16) *Bulletin de Férussac*, tome I, p. 353.
(17) *Bulletin de Férussac*, tome XVII, p. 285.
(18) *Statistica ostetr.* etc., de Santa Maria Nuova, p. 47.
(19) *Thèse*, Strasb. 30 août 1824.

M. Villars (1), MM. Stein (2), Merrem (3), etc. n'appartiennent-ils pas aussi à cette lugubre catégorie? Ajoutons que tous les cas de réussite ont très-certainement été publiés, et qu'il en est beaucoup dont l'authenticité peut être justement contestée ; tandis que, selon toutes les apparences, il n'en a pas été de même des cas malheureux dont on pourrait bien avoir tu le plus grand nombre. On peut donc dire que jusqu'à présent l'opération césarienne a été mortelle, au moins une fois sur trois, si ce n'est sur deux, et que Tenon s'est trompé, en affirmant que depuis le temps de Bauhin on l'a pratiquée à l'Hôtel-Dieu sur soixante-dix femmes qui ont survécu. Au rapport de M. J. Burns (4) et de S. Cooper (5), elle n'a point encore eu un seul exemple bien avéré de succès dans toute la Grande-Bretagne. Sur vingt-cinq essais faits dans ce pays par les plus habiles chirurgiens, M. Merriman (6) ne trouve non plus qu'un exemple authentique de succès, celui de Barlow (7), et doute de la réussite attribuée à Marie Dunnally. Aussi Denman (8) avoue-t-il ne l'avoir jamais pratiquée ni vu pratiquer dans la Grande-Bretagne. Fielding Ould (9) dit que la pratiquer est une preuve d'inhumanité détestable, illégale et barbare. Elle n'est utile, selon Osborne (10), que s'il y a moins d'un pouce et demi aux détroits. Pour Monro (11) c'est le contact de l'air qui en cause tout le danger. Il faut l'éviter à tout prix.

---

(1) *Thèse*, Strasb. 22 mars 1823.

(2) *Bulletin de Férussac*, tome XIX. p. 58.

(3) *Ibidem*, tome XVII, p. 285.

(4) *Principl. of midwif.* etc., 1832.

(5) *Dict. pratiq de chir.* Art. *opér. césar.*

(6) *Synopsis of difficult parturit.*, etc., p 171.

(7) *Recueil de littér. étrang.* tome II, p. ?2.

(8) *Introduct. à la pratiq.* etc., tome II, p. 234.

(9) Hamilton, *outlines of midwif.*, etc., p. 350.

(10) Hamilton, oper. citat p. 350.

(11) *Elem. of midwif.* p. 241, Hamilton, p. 422.

Ces détails suffiront, je pense, pour faire sentir toute la gravité de l'opération césarienne aux jeunes praticiens, et pour les empêcher d'y avoir recours sans une nécessité absolue.

A priori, on ne conçoit pas bien néanmoins qu'elle puisse être aussi redoutable. La plaie qu'on est obligé de faire aux parois abdominales est très-large, à la vérité ; mais les parties qu'on divise sont peu délicates. Point d'artères, point de nerfs volumineux, rien de bien important à ménager. On blesse le péritoine, mais les organes digestifs peuvent être facilement évités. Combien de fois, d'ailleurs, n'a-t-on pas vu les éventrations les plus larges et les plus compliquées, des plaies pénétrantes de toute espèce, ne donner lieu qu'à des accidens peu graves, et permettre aux malades de se rétablir. n'ouvre-t-on pas tous les jours la membrane séreuse du ventre, sans en être effrayé, chez les sujets affectés de hernie étranglée ? La blessure de la matrice serait-elle donc par elle-même si dangereuse ? mais tout indique, au contraire, dans cet organe une irritabilité peu développée, peu de tendance à contracter des inflammations, et les meilleures conditions pour que la cicatrisation se fasse sûrement et promptement. N'a-t-on pas maintes observations de femmes qui ont subi l'opération césarienne avec succès à la suite d'une déchirure de l'utérus, et notamment celle qu'a publiée récemment le docteur Franck ? La plaie, très-large d'abord, se réduit bientôt des quatre cinquièmes ou des cinq sixièmes, et l'hémorragie cesse trop vite, quand l'organe est libre de se rétracter, pour être réellement à craindre. Enfin, à l'aide de précautions bien entendues, n'est-il pas possible d'empêcher l'eau de l'amnios, le sang et autres fluides de s'épancher dans le péritoine pendant et immédiatement après l'opération ?

Il semblerait donc que ce n'est pas autant par elle-même que par suite de l'état particulier dans lequel on opère les femmes, que la section césarienne est si grave. Si on agissait dès que l'indication est bien positive, sans attendre que la personne se fût épuisée en vains efforts, que l'utérus fût tombé dans l'inertie, ou près d'être enflammé s'il ne l'est déjà, que la péritonite ou l'entérite fussent imminentes ou déclarées ;

que la vie enfin parût gravement compromise, l'opération césarienne ne serait pas à beaucoup près aussi frequemment mortelle, qu'on l'a malheureusement observé jusqu'ici.

A l'appui de cette manière de voir, qu'il me soit permis d'invoquer le sentiment du docteur Hull, qui, comme M. Burns (1) attribue les résultats fâcheux obtenus par ses compatriotes, à ce qu'en Angleterre on ne pratique jamais cette opération que dans des cas désespérés, tandis que sur le continent on y a recours plus volontiers de bonne heure.

On a peine à se défendre d'un pareil sentiment quand on voit les femmes survivre à une éventration comme celle dont parle le journal de Desault (1). Puisqu'un coup de corne de taureau, agrandi le lendemain par le bistouri, comme dans le cas indiqué par Fritz (2) a permis d'extraire le fœtus sans faire périr la mère et qu'il en fut de même dans l'observation de Naudot (3), puisque l'opération césarienne fut suivie de guérison quoiqu'effectuée par la gangrène chez la malade observée par M. Bertrand (4), on ne comprend pas que, méthodiquement pratiquée, elle doive être plus redoutable.

II. Indications.

Lorsque le plus petit diamètre du bassin a moins de douze à quinze lignes, que le fœtus vive ou qu'il soit mort, l'hystérotomie est la seule chance de salut qu'on puisse proposer à la femme. Quand ce diamètre offre de dix-huit lignes à deux pouces un quart, elle est également indiquée, si l'enfant n'a pas cessé de vivre. Dans ce dernier cas, toutefois il resterait à décider s'il ne vaut pas mieux suivre la doctrine des Anglais et détruire le fruit, que de s'exposer à faire périr la mère. On a tant de fois opéré pour ne retirer qu'un enfant mort, qu'il

---

(1) *Journal de chirurgie*, etc., tome I, p. 32.

(2) Rougemont, *Bibl. de chir.* du Nord, etc., p. 14.

(3) Collin, *Bulletins de la Faculté*, tome VI, p. 335 et rapport de Delameaux, jusq. 340.

(4) *Ibidem*. p. 321.

est bien permis de se faire une semblable question. Merriman en cite dix cas sur vingt-cinq, et j'en trouve une douzaine d'exemples depuis quinze à vingt ans.

Enfin, il peut arriver qu'on soit forcé de la mettre en usage, quand même il y aurait deux pouces et demi ou trois pouces moins un quart au plus petit passage, si le forceps, la version ou la section pubienne avaient été jugés inutiles ou vainement tentés.

On peut être appelé au milieu de circonstances beaucoup plus embarrassantes et plus malheureuses. Des tentatives de version et d'application de forceps avaient été suivies d'une large rupture utéro-vaginale. Le bassin était resserré. L'enfant présentait la face et avait cessé de vivre. La vulve, le vagin et toutes les parties contenues dans le bassin étaient tellement enflammées, gonflées, endurcies, la matrice était si près d'être complètement détachée du vagin, et la femme si affaiblie qu'on ne l'eût pas changée de position sans s'exposer à la voir périr sur-le-champ. Faut-il renoncer à la délivrance en pareil cas et laisser mourir la femme, ou doit-on opérer malgré un état si désespéré. Je me suis décidé à ce dernier parti contre le sentiment de plusieurs confrères, avec l'approbation de quelques autres, en présence de MM. Maygrier, Moulin, Halma-Grand et Bintot, au mois de novembre 1833. La femme a succombé peu de temps après, et pourtant, je persiste à croire, que la conscience dicte une semblable conduite.

III. Après la mort.

Non seulement on doit pratiquer l'opération césarienne sur la femme vivante, mais il est encore de règle d'y soumettre celles qui succombent après le septième mois de la grossesse sans être délivrées.

L'enfant ne meurt pas toujours avec sa mère, quoique, le plus fréquemment, il cesse de vivre le premier. On serait tenté de croire, toutefois, en prenant pour vrai ce qui a été dit à ce sujet, que la vie peut à la rigueur se maintenir dans

l'œuf au-delà de douze, vingt-quatre et quarante-huit heures. La princesse de Schwartzemberg, morte à Paris des suites d'une brûlure, ne put être ouverte que le lendemain, et le fœtus, dit-on (1), fut néanmoins trouvé vivant. Une autre femme dont parle Millot (2), ne fut opérée qu'au bout de quarante-huit heures, et l'enfant n'était pas mort. Flajani, Veslingius et plusieurs autres rapportent des cas à-peu-près semblables; mais peut-on ajouter foi à toutes ces histoires et surtout aux assertions de Cangiamila (3), quand on le voit affirmer qu'on sauva de cette manière vingt-un enfans dans l'espace de quatre ans à Montéréali, treize à Girgenti, et qu'on pratiqua l'opération césarienne, en pareille circonstance, vingt fois à Syracuse en dix-huit mois?

Burton (4), qui rappelle une foule d'observations semblables, va jusqu'à raconter le fait d'une femme qui fut coupée en deux par un boulet à Berg-op-Zoom et dont le fœtus, renfermé dans ses enveloppes, tomba dans l'eau de manière à pouvoir en être retiré vivant quelque temps après par un soldat qui passait par là. D'autres n'ont-ils pas dit, comme Ebel (5), que des fœtus avaient ainsi été retirés plein de vie après l'enterrement de la mère. On voit dans un rapport signé de plusieurs témoins que chez une femme morte subitement le matin à sept heures, la garde vit le lendemain soir le ventre remuer et que l'enfant sortit le jour suivant (6).

Si de pareils succès sont incroyables, il n'en est pas de même de quelques autres. On ne sait jusqu'à quel point il est permis d'accepter celui que relate M. Sarrois (7) d'une femme morte en travail et qui fut délivrée d'un enfant vivant plus de deux heures après par un inconnu, au moyen de la section

(1) Gardien, *Traité complet d'accouch.*, etc., tome II.

(2) *Supplément à tous les traités d'accouch.*, etc., tome I, p. 544.

(3) *Embryologie sacrée,* etc., trad. de Dinouart, Paris, 1762.

(4) *Nouv. syst. des accouch.*, etc., p. 105.

(5) Burns, *Principl. of midwif.* etc., p. 476.

(6) *Journal univ. des Sc. méd.*, etc., tome VII, p. 249.

(7) *Thèse*, Montpellier, 9 nivôse an VIII.

césarienne ; mais on ne peut nier que Guillemeau (1), n'ait réussi deux fois en opérant aussitôt que possible, et que M. Jackson (2) n'ait extrait ainsi un fœtus vivant au bout d'une demi-heure avec le forceps. M. Deleau m'a dit avoir également sauvé un enfant en opérant un quart-d'heure après la mort de la mère. Il s'en est aussi présenté un cas à la Maternité de Paris (3). M. Huguier (4) n'a pas été moins heureux chez une phtisique morte à l'hôpital Saint-Louis. Il n'en est pas moins vrai que, malgré toute la célérité possible, on ne retire ordinairement qu'un cadavre du sein de la femme qu'on soumet à l'opération césarien après la mort. Les exemples recueillis à l'Hôtel-Dieu et à la maison de Santé par M. Jolly (5), celui que cite M. Duparcque (6), et ce qui s'est passé dans la pratique de Désormeaux (7) père et fils, ainsi qu'à la Maternité depuis quinze ans, les quatre exemples de Lauverjat (8), les trente-deux cas pour un seul succès de M. Riecke en sont encore de nouvelles preuves. Les faits annoncés par MM. Green (9), Blundell (10), Burns (11), les deux cas de réussite de M. Mazzoni (12), joints à ceux que j'ai relatés plus haut, ne sont que des exceptions rares, semblables à ce qu'ont dit Harvey, Schurigis (13), Buffon, Wrisberg (14), relativement à quelques fœtus conservés vivants dans les membranes ou dans l'eau tiède hors de la matrice.

---

(1) *Œuvres compl.* in-folio, p. 342.
(2) Merriman, *synopsis of difficult. parturit.*, etc., p. 176.
(3) Monod, *Rev. méd.* 1830, tome I, p. 60.
(4) *Journal des Progrès*, 2e sér. tome II.—*Arch. gén.* t. XXI, p. 128
(5) *Thèse*, n° 76 Paris, 1830.
(6) *Bibl. méd.*, 1825, tome VII, p. 60.
(7) Monod, *Revue méd.* 1830, tome I, p. 60.
(8) *Nouv. méth. de pratiq. l'opér. césar.*, etc., p. 82.
(9) Ryan, *Manual of midwif.* etc., p. 182.
(10) *Ibidem.*
(11) *Principl. of midwif.*, p. 476.
(12) *Statistica ostetricia*, etc., p. 47.
(13) *Embryolog. histor. medica*, etc., 1732.
(14) *De struct. ovi.* etc. 1783.

Bien qu'il n'y ait pas de circulation directe entre le placenta et la matrice, il est évident néanmoins qu'une fois la mère morte l'enfant ne peut pas continuer de vivre au-delà de quelques quarts-d'heure ou même de quelques minutes, en supposant qu'il ne soit pas mort d'avance. La conclusion à tirer de ces remarques, c'est qu'après une heure ou deux, l'opération césarienne est complètement inutile chez une femme réellement morte.

Cependant la loi romaine, *lex regia* (1), qu'on rapporte à Numa Pompilius, ordonne déjà aux médecins d'ouvrir toutes les femmes qui meurent enceintes, dans l'intention de conserver des citoyens à l'état. Pour fortifier cet ancien usage, sans compromettre la vie des femmes qui pourraient n'être que dans un état de mort apparente, le sénat de Venise porta un décret, en 1608 et 1721, qui punissait sévèrement les gens de l'art, dans le cas où ils n'auraient pas opéré avec le même soin que pendant la vie le sujet supposé mort. En 1740, le roi de Sicile fit une autre loi par laquelle il infligeait la peine de mort aux médecins qui auraient omis de pratiquer l'opération césarienne aux femmes mortes dans les derniers mois de leur grossesse.

Il est bien inutile sans doute de songer à conserver la vie du fœtus avant la fin du septième mois; mais dans les pays catholiques, on veut au moins pouvoir lui appliquer le baptême, et que l'opération soit de rigueur à partir du milieu de la grossesse.

Quant à la nécessité de se comporter immédiatement avec les mêmes précautions que sur la femme vivante, personne n'en doutera si l'on se rapelle la difficulté de constater d'une manière sûre que la vie est éteinte sans retour, et la promptitude avec laquelle il importe d'agir alors. La précipitation pourrait amener réellement une mort qu'il eût été possible d'éviter, et le temps nécessaire pour convaincre que la mort a

(1) *Digest.* lib. 9, tit. 8, L. 2, et lib. 11, tit. 7, etc., de mort. 5 in ferendo et sepulchro ædificando.

lieu serait plus que suffisant pour faire périr le fœtus, qui, dans le fait, n'est extrait vivant, à part quelques cas rares tenant en quelque sorte du prodige, que dans les premiers momens du décès de la femme.

Van Swiéten (1) et Baudelocque citent trois observations de femmes qu'on croyait mortes, et sur lesquelles on allait pratiquer l'opération césarienne, lorsqu'elles revinrent de leur état léthargique. Peu (2) rapporte un exemple encore bien plus propre à effrayer. Il allait commencer son incision, lorsque la femme fit un tressaillement accompagné de grincement de dents et de remuement des lèvres. Trinchinetti (3) parle d'un cas beaucoup plus malheureux. La femme qu'on croyait morte n'était qu'en syncope. L'opération l'a tuée et le sang artériel fut dardé sur le chirurgien pendant qu'il incisait la matrice. Rigaudeaux (4) en a relaté un autre qui n'est pas moins remarquable. On le fait demander à deux lieues de Douai, près d'une malheureuse dont le travail donnait les plus vives inquiétudes. Quand il arrive près d'elle, on la croit morte depuis deux heures. Au lieu de lui ouvrir le ventre sans autre examen, il explore les organes génitaux, s'aperçoit que le bassin est bien conformé, va chercher les pieds de l'enfant, qui sort dans un état de mort apparente, mais qu'à force de soins on rappelle à la vie au bout de deux heures. Les membres de la mère concervant leur souplesse, Rigaudeaux défendit de l'ensevelir avant que l'abdomen ne fût vert. Quelques heures après, cette femme sortit si bien de son engourdissement, qu'elle vint elle-même, quatre ans plus tard, annoncer au chirurgien qu'elle n'était pas morte!

Ainsi, quand on est appelé près d'une femme qui vient de mourir, il faut d'abord s'assurer de l'état du bassin, et tâcher d'extraire l'enfant par les voies naturelles toutes les fois qu'elles

---

(1) *Aphorism. de chirurg.*, etc., tome VII.

(2) *La pratiq. des accouch.*, etc., p. 333.

(3) *Journal gén.* tome LXIX, p. 110, ou 116.

(4) *Journal des Savans*, 1749.

sont assez spacieuses pour lui donner passage. Ensuite, si l'hystérotomie est indispensable, on la pratique d'après les mêmes règles et avec les mêmes soins que si on agissait sur une femme vivante. En se conduisant de cette manière, quelque chose qui arrive, on ne peut rien avoir à se reprocher et on ne s'expose au blâme de personne.

IV. Résumé statistique.

Un des faits qui ont servi de point de départ à M. Michaelis (1) est celui d'une triple opération césarienne pratiquée sur la même femme, la nommée Adawetz, née en 1795 à Wilstar dans le Holstein, rachitique, haute de quatre pieds, ayant un bassin qui, de la symphyse du pubis au promontoire, n'offrait que deux pouces un quart. Le 18 juin 1826, après un essai avec le forceps, le docteur Zwanck fit la première opération. Une hémorrhagie assez abondante survint, mais fut arrêtée par l'eau froide. L'enfant était mort depuis long-temps. Au bout d'un mois la guérison fut complète. Il n'y eut d'autre accident qu'une rétention d'urine. Le 21 janvier 1830 (2), une nouvelle opération devint nécessaire. Les douleurs existaient depuis 24 heures. Une incision fut faite à gauche et le long de la ligne blanche par le professeur Wiedemann. Le placenta se présenta et fut extrait facilement, ainsi que le corps du fœtus. La tête, retenue d'abord par une forte contraction, sortit bientôt. L'enfant était vivant. La femme put se lever le 21 février. Le 28 mars 1832 (3) une troisième opération eut lieu. On choisit la partie gauche de l'abdomen et on fit une incision un peu oblique de dedans en dehors depuis la deuxième cicatrice en haut jusqu'à un demi pouce de cette cicatrice en bas. L'enfant pesait six livres trois quarts, et cria à l'instant. Des tractions modérées amenèrent le placenta au dehors; un flot de sang

---

(1) Michaelis, *Abhandlungen aus dem gebiete der Geburtshülfe*, etc., Kiel, 1833, p. 3.

(2) *Ibidem*, p. 13.

(3) *Ibidem*, p. 25.

assez considérable fut arrêté par de l'eau tombant d'une certaine hauteur. Le 27 mai la femme sortit de la maison d'accouchement avec son enfant qui était fort et vigoureux.

Il s'en faut au reste que ce soit le premier cas d'opération césarienne pratiquée plusieurs fois sur la même femme avec un succès complet.

L. Mantz (1) fut opérée en 1797, puis en 1805 par les docteurs Mangold et Burckhard, (cité par Osiander).

Bacqua, de Nantes, opéra deux fois avec succès la femme Gabory. La description du bassin de cette femme, morte il y a peu de temps, vient d'être donnée par M. Mareschal (2).

Rhode et Sommer (3) opérèrent une femme à Riga, d'abord en 1796, puis en 1810.

Lorinser (4) de Nîmes en Bohême opéra la femme Groger en 1802, puis en 1805.

Le maître d'Aix (Haute-Vienne) opéra la femme Fauve (5) en 1805, 1807 et 1811.

M. Merrem (6) à Cologne opéra la femme Viandes en 1821, puis en 1826.

M. Schenk (7) réussit en 1823, puis en 1825.

M. Dariste (8) de la Martinique compte également un double succès.

Lambron d'Orléans ne fut pas moins heureux en 1775, puis en 1779.

La femme Adawets cependant est la seule qui ait été opérée trois fois avec succès. Beaucoup d'autres sont mortes à la seconde opération.

---

(1) Michaelis, p. 47.

(2) *Journ. de méd.* du départ. de la Loire Infér., tome IX, p. 81, 1833,

(3) *Loder's Journal für chirur.* vol. II, § 733-743, p. 51.

(4) Michaelis, p. 52, *Journal* de Siebold, vol. III, st. 1, 189, p. 106.

(5) *Journal gén.* tome XLIV, août.

(6) Michaelis, p. 56, *Gemein. deutsch zeit. für Geburtshülfe.* vol III.

(7) *Ibid.* p. 57.

(8) *Dict. des Sc. méd.* tome XVII, p. 425.

M. Schmidt (1) opéra une femme à Eylau en 1821, puis en 1825. Elle mourut la seconde fois.

M. Engeltrum, d'Amsterdam (2), opéra le première fois en 1824, la deuxième en 1826. Les deux enfans vécurent.

M. Locher de Zurich (3) opéra en 1817, puis en 1819.

Succès de l'opération dans le dix-huitième et le dix-neuvième siècles.

1° *Dix-huitième siècle.*

A. *Cas malheureux pour la mère.* 39

En y ajoutant ceux de Baudelocque en nombre égal, d'où total 78

On n'a pas compté celles qui ont été faites en Angleterre ; parce que, ainsi que Wanner l'avait déjà remarqué, les Anglais n'opèrent que dans des cas où le diamètre sacro-pubien n'a qu'un pouce et demi. Elles sont au nombre de 7

2° *Dix-neuvième siècle.*

Cas malheureux pour la mère. 62

Total général des cas malheureux pour la mère, connus 147

B. *Cas heureux pour la mère.*

Dix-huitième siècle. 70

Dix-neuvième siècle. 48

Total général des cas heureux autenthiques 118

Indications.

Sur quatre-vingts l'opération a été déterminée soixante-deux fois par l'étroitesse du bassin, surtout du diamètre antéro-

---

(1) Michaelis, p. 66, et Journal de Siebold, etc., vol. IX.

(2) *Ibid.* p. 68, et *pierer's algemeine annal.*

(3) *Ibid.* p. 69, et *medic. chirurg.* Zeitung, 1816.

postérieur du détroit supérieur. Ainsi on trouve :

1 pouce dans	1 cas	
1 1/2	— 8	—
1 1/2, 2	— 23	—
2 2 1/2	— 25	—
2 1/2, 2 3/4	— 5	—

En Allemagne l'ostéomalacie a déterminé dix-sept fois la déformation du bassin, et sur ces dix-sept cas treize se sont rencontrés dans un district situé sur les bords du Rhin, entre Bonn, Wesel, Marbourg, Giessen et Munster.

De 1821 à 1830 l'opération a été faite soixante et une fois, et vingt huit fois seulement de 1810 à 1820. Des résumés statistiques prouvent que le moment où elle a été faite n'a pas eu d'influence sur la mort des femmes. De trente-six opérations faites dans des maisons d'accouchement, onze ont été heureuses et vingt cinq malheureuses. Dans la pratique particulière trente une ont réussi sur soixante.

Quant aux enfans on observe qu'ils sont venus vivans, *chaque fois* qu'on a opéré avant ou immédiatement après la rupture de la poche des eaux. Le rapport des femmes sauvées aux femmes mortes est alors de 4 : 3.

Causes de la mort.

Suite immédiate de l'opération	2
Convulsions	2
Faiblesse et épuisement	3
Hémorrhagie	7
Météorisme	3
Épanchement dans l'abdomen	3
Ostéomalacie continuant	1
Diarrhée colliquative	1
Inflammation du péritoine et des intestins	13
Gangrène	8

Jours de la mort.			*Guérison.*	
1er	jour	8		
2	—	6	3	3 semaines
3	—	10	4	3
4	—	5	5	5
5	—	12	6	5
6	—	4	7	3
7	—	1	8	3
8	—	3	10	2
18	—	1	en résumé de la 5e à la 10e semaine.	
20	—	1		
27	—	1		
30	—	1		
45	—	1		

Enfans morts ou vivans.

En tout 67 vivans.—29 morts.

La cicatrice ne s'est rompue que trois fois sur quarante-huit. Elle s'étend singulièrement dans les grossesses subséquentes.

Le rapport des opérations pratiquées avec succès une seconde fois est très favorable, c'est-à-dire — 11 : 5. Tandis que le rapport général des opérations heureuses aux malheureuses est inverse, 3 : 4.

V. Méthodes opératoires.

Lorsqu'on n'avait recours à l'opération césarienne qu'après la mort, on la pratiquait sur le côté gauche de l'abdomen. « *La femme soit ouverte avec un rasoir de long à côté gauche*, dit Guy de Chauliac, *d'autant que cette partie là est plus libre que la dextre*, *à cause du foie.* » Mais depuis qu'elle a été tentée sur la femme vivante, on l'a soumise à des règles mieux raisonnées. Parmi les divers procédés proposés par les accoucheurs, il en est cinq qui ont plus spécialement fixé l'attention : dans l'un, on incise sur la ligne médiane et parallèle-

ment à l'axe du corps ; dans le second, on incise en dehors du muscle droit; dans le troisième, les parois abdominales sont divisées transversalement sur l'un des côtés; dans le quatrième, la plaie se trouve immédiatement au-dessus du ligament de Fallope dont elle suit la direction ; enfin, c'est au niveau de la crète iliaque qu'on la pratique dans le cinquième.

A. *Procédé de Mauriceau.* C'est à tort que Deleurye (1) s'est attribué l'idée d'inciser sur la ligne médiane, idée que d'autres rapportent à Platner, à Guénin ou à Varoquier. Mauriceau (2) s'était déjà exprimé en ces termes : « La plupart veulent qu'on incise au côté gauche du ventre, mais l'ouverture sera mieux au milieu entre les muscles droits ; car il n'y a en cet endroit que les tégumens et les muscles à couper. » Lauverjat (3) l'avait mise en pratique en 1778 avant Deleurye. Préféré par Baudelocque, généralement suivi maintenant en France, en Angleterre et en Allemagne, ce procédé permet d'éviter les muscles, de n'agir que sur la ligne blanche. On ne produit que peu de douleur. Nulle artère ne peut être lésée, et, de plus, on incise l'utérus parallèlement à ses principales fibres. Mais aussi, a-t-on dit, il expose à blesser la vessie. L'écoulement des liquides, soit pendant soit apres l'opération, ne peut que difficilement se faire. La plaie, ne comprenant que des tissus fibreux, est lente à se cicatriser, et l'utérus, ouvert sur presque toute l'étendue de sa paroi antérieure, au lieu de tendre à rapprocher les lèvres de la division, les écarte au contraire en se contractant.

B. *Procédé des anciens.* En opérant sur le côté du ventre, les anciens accoucheurs choisissaient en général le

(1) *De l'opér. césar. sur la ligne blanche,* etc., p. 8. Paris, 1779.

(2) *Maladies des femmes grosses,* etc., p. 316.

(3) *Nouvelle méth. de pratiq l'opér. césar*, p. 223.

côté gauche, et faisaient une incision tantôt droite (1), tantôt légèrement oblique (2), et d'autres fois en forme de croissant (3), ou dans une direction plus ou moins composée (4), mais toujours immédiatement en dehors du muscle droit. Au dire des médecins qui l'ont adoptée, cette méthode a sur la précédente l'avantage de mettre la poche urinaire à l'abri de tout accident, de permettre une cicatrisation facile, et de moins gêner l'issue des matières qui doivent s'échapper de la plaie. Comme la matrice a presque toujours éprouvé un mouvement de torsion sur son axe en s'inclinant à droite ou à gauche, on a cru qu'en incisant sur la ligne médiane on tomberait plus près de son bord gauche que du milieu de sa région antérieure. C'est encore d'après cette considération qu'on a conseillé d'opérer sur le côté vers lequel l'utérus s'est naturellement dévié. En admettant comme réels tous ces avantages, ils seraient néanmoins plus que compensés, il me semble, par le danger de blesser l'artère épigastrique ou ses branches, d'avoir une division dont les lèvres seraient presqu'impossibles à maintenir rapprochées, à cause de la rétraction des muscles obliques et transverses, et par l'impossibilité d'obvier au défaut de parallélisme des plaies de la matrice et de l'abdomen.

C. *Procédé de Lauverjat.* Pour éviter les inconvéniens attachés à ces deux méthodes, Lauverjat (5), qui avait d'abord reconnu de grands avantages à l'hystérotomie de la ligne blanche, s'efforçant de régulariser un procédé déjà mis en usage par quelques praticiens, conseille une incision transversale longue de cinq pouces, entre le muscle droit et la colonne épinière, plus ou moins au-dessous de la troisième fausse côte, selon que le fond de la matrice s'en trouve plus ou moins éloigné. Cette méthode

(1) Rousset, Ruleau, Platner.

(2) Lauverjat, oper. citat. p. 150.

(3) Peu, *Pratiq. des accouch.* etc., p. 317, 321.

(4) De la Rivière, Ch. Etienne, dans Lauverjat, p. 111.

(5) Opér. citat. p. 141.

dont parle Saint-Germain, l'Aiguiller, le Bas, au dire de Lauverjat (1) lui-même, avait été mise en pratique en 1772, près de Compiègne, sur une femme qui vint en 1778 demander un bandage herniaire à Pipelet (2) et à Roinville (3), et par Sanson sur une autre femme. En procédant ainsi, dit-il, on écarte plutôt qu'on ne divise les fibres des muscles transverses. On évite les artères épigastrique et lombaire. On tombe sur le fond de la matrice, dont la cavité forme un entonnnoir qui favorise l'écoulement des lochies par le vagin et par l'hypogastre. Le parallélisme des incisions est très-facile à conserver. La suture est inutile. La simple position suffit pour maintenir exactement rapprochées les lèvres de la plaie. Enfin, l'angle externe de la solution de continuité occupant un point déclive, fait que les épanchemens abdominaux sont incomparablement moins à craindre que dans les autres méthodes. Mais on peut objecter que les fibres charnues du grand et du petit obliques sont nécessairement divisées; que le moindre effort doit chasser les viscères au-dehors; que la matrice, divisée dans son fond, en travers et là où ses vaisseaux sont le plus volumineux, ne tarde pas à s'éloigner considérablement de l'ouverture extérieure, et que ses fibres, en se contractant, devront gêner plutôt que favoriser le rapprochement des bords de la division interne; en sorte que, malgré les deux succès obtenus par Lauverjat, et la préférenee que semblent lui accorder Sabatier et Gardien, cette méthode, qui, comme le remarque M. Blundell (4), expose à blesser l'artère épigastrique, n'est évidemment guère moins dangereuse que les deux autres.

---

(1) *Nouvelle méthode*, etc., p. 151.

(2) Deleurye, *Traité des accouch.*, etc., p. 8.

(3) Lauverjat, oper. citat., p. 150.

(4) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 164.

D. *Méthodes allemandes.* 1° Stein (1), préférant une section oblique ou diagonale, conduit son incision de la branche horizontale du pubis d'un côté, à travers la ligne blanche, et la termine à l'extrémité de la dernière fausse côte du côté opposé.

2° Zang (2) tire son incision, lui, du milieu de la ligne blanche d'un côté, jusqu'à un pouce et demi de distance du milieu de la branche horizontale du pubis du même côté.

3° Jorg (3) prescrivait déjà, en 1806, d'inciser seulement le vagin, ou tout au plus le col de l'utérus, après l'ouverture des parois abdominales. Plus tard, en 1820, M. Ritgen (4), voulant éviter le péritoine, proposa de faire une incision sémilunaire depuis l'épine iliaque antéro-supérieure, jusqu'à l'épine des pubis, de décoller le péritoine et le refouler en dedans pour faire l'incision du vagin et du col. D'abord, je ne vois pas comment il serait possible d'inciser le sommet de la matrice sans la membrane séreuse qui l'enveloppe. Ensuite, les difficultés inhérentes à ce procédé, jointes au décollement qu'il faudrait produire dans la fosse iliaque, ne me paraissent pas de nature à rendre l'opération moins grave que celles qui viennent d'être mentionnées. D'ailleurs, elle n'existe encore qu'en projet, et personne, jusqu'ici, ne l'a mise en pratique sur la femme vivante. Ch. Bell (5), avait déjà conseillé d'inciser le col et non le corps de l'utérus dans l'opération césarienne, et madame Boivin (6) dit avoir communiqué la même idée à Béclard, vers 1820; mais leur précepte n'a été suivi que par M. A. Baudelocque (7). Cepen-

---

(1) Kilian, *Die operat. Geburtshülfe*, etc., p. 799.

(2) Kilian, Oper. citat., p. 796.

(3) *Ibid. Die operative Geburtshülfe*, p. 797.

(4) *Ibidem.*

(5) *Journal univ.*, tome, XXXVII, p. 42.

(6) *Ibidem.*

(7) *Thèse*, n° 132, Paris, 1823.

dant sans croire avec madame Boivin (1), que la femme opérée meurt presque toujours d'hémorrhagie, sans laisser entendre avec Sacombe (2), autrefois combattu par Morlanne (3), que les plaies de la matrice ne se cicatrisent point, je dois convenir que ces deux accidens sont très communs. Ils ont lieu : le premier, parce que l'utérus ne se contractant pas, reste dans l'inertie ou se rétracte mal après l'opération; le deuxième, parce que toute inflammation un peu étendue, avec réaction générale, suspend la cicatrisation des plaies et des ulcères; en sorte qu'ils sont plutôt l'effet que la cause des dangers que court la femme.

E. *Procédé de M. A. Baudelocque.* Attribuant les principaux dangers de l'opération césarienne à la double lésion du péritoine, et de plus, regardant les plaies de l'utérus comme presqu'essentiellement mortelles, M. A. Baudelocque (4) qui veut que M. Dubois ait pratiqué trois fois l'opération césarienne avec succès sur la même femme, et qu'on en ait perdu cinq sur huit par la méthode de Lauverjat, a proposé une méthode qui, sous ce double rapport, lui paraît infiniment meilleure que toutes les autres, et qui, dans le fait, en diffère considérablement.

L'incision est commencée près de l'épine du pubis et se prolonge parallèlement au ligament de Poupart, jusqu'au-delà de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le chirurgien choisit le côté gauche à cause de l'inclinaison du col, quand l'utérus est dévié à droite, et le côté droit dans le cas contraire. Après avoir divisé la paroi abdominale sans toucher à l'artère épigastrique, il refoule le péritoine de la fosse iliaque jusque

---

(1) *Journal univ.* tome XXXVII, p. 40.

(2) *Le méd. accouch.* 1791, et tous ses autres écrits, la *Lucine fr.* surtout.

(3) *Journal des accouch.* tome II, p. 84, 156.

(4) *Thèse*, n° 132, Paris 1823.

dans l'excavation et en débarrasse la partie supérieure du vagin, qu'il ouvre. A travers cette ouverture, qui doit avoir une certaine étendue, on porte le doigt dans l'orifice utérin qu'on tâche d'attirer vers la plaie du ventre, en même temps qu'on presse le fond de l'organe gestateur en sens inverse, pour en favoriser le renversement. Quand on est parvenu à mettre le col en rapport avec l'ouverture des parois abdominales, on abandonne l'accouchement aux contractions de la matrice, ou bien, s'il le fallait absolument, on dilaterait l'orifice avec les doigts, et le fœtus serait entraîné, soit avec la main, soit avec le forceps.

L'idée de cette méthode, qui appartient à Jorg et à M. Ritgen, ne laisse pas d'être ingénieuse; mais elle est inapplicable dans la majorité des cas, et la déchirure du vagin, jointe au dégât qu'on opère nécessairement dans la fosse iliaque ou l'excavation pelvienne, est plus redoutable que l'incision méthodique du péritoine et de la matrice telle qu'on peut la pratiquer dans l'hystérotomie ordinaire. Je puis ajouter, d'ailleurs, que M. Baudelocque n'a pu se dispenser de recourir à l'opération césarienne proprement dite, après avoir tenté son *élytretomie* chez une femme qu'il observait depuis long-temps. Un seul fait n'autorise pas, je le sais, à tirer des conclusions rigoureuses; mais celui-ci, le seul qui soit relatif à la femme vivante, me paraît donner une grande force aux préventions suscitées *à priori* par le raisonnement contre les idées de l'auteur.

F. *Procédé de Physick.* Une autre manière d'opérer, qui se rapproche un peu de celle de M. Ritgen, et qui ne s'éloigne pas beaucoup non plus de celle de M. Baudelocque, paraît avoir été proposée presque en même temps par M. Physick (1). Après avoir remarqué que, sur les femmes enceintes, le péritoine est facile à séparer de la vessie et des environs du col utérin, ce chirurgien a pensé qu'en faisant une incision horizontale immédiatement au-dessus du pubis, on pourrait arriver au col de

---

(1) Dewees, *system. of midwif.*, etc., p. 605.

la matrice, et l'ouvrir sans intéresser la membrane séreuse abdominale; mais, quoi qu'en puisse dire M. W. E. Horner (1), cette opération est peu digne de son inventeur et ne vaut pas la peine d'être discutée.

G. *Procédé de l'auteur.* L'incision des parois abdominales doit toujours correspondre au côté le plus saillant de l'utérus. Avant la rupture de la poche, c'est presque constamment à droite. Après la sortie des eaux, c'est ordinairement à la ligne blanche, au contraire. Dans le premier cas, et toutes les fois que la matrice reste très volumineuse ou fortement inclinée, je crois qu'il est mieux de placer l'incision obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, comme s'il s'agissait de lier l'artère iliaque par la méthode d'Abernethy, que de la diriger verticalement. C'est le seul moyen d'éviter l'artère épigastrique, et de rester en dehors du muscle droit externe. Pour la matrice, il m'a semblé qu'une incision en demi-lune offrirait l'avantage de livrer plus facilement passage au fœtus, de se refermer plus vite, et de pouvoir toujours être portée vers le point où il y a le moins de vaisseaux par sa convexité. C'est ainsi que je me suis comporté sur la dame dont j'ai parlé plus haut, et je crois que dans de meilleures conditions, une pareille modification ne serait pas à négliger.

VI —Manuel opératoire.

A. *Avant d'opérer.* Si l'enfant court des risques, il faut se hâter. On doit se garder, au reste, de s'y décider sans s'être assuré que le bassin est trop étroit pour permettre à l'enfant de sortir. Pendant que A. Leroy dissertait sur la nécessité de l'opération césarienne, dit le Bas (2), la femme accoucha sans secours! Il serait ridicule de proposer aujourd'hui, d'après

---

(1) Dewees, oper. citat. p. 605-606.

(2) *L'art d'accoucher*, etc., p. 50.

les craintes de Monro, comme l'ont fait Aitken (1) et M. Sarrois (2), de tenir la femme sous l'eau pendant l'opération, afin d'empêcher l'entrée de l'air dans le péritoine. La saignée, les bains, les purgatifs, ou tout autre moyen approprié, seront quelquefois mis en usage. Au surplus, on se conduit ici pour les préparatifs comme dans toutes les grandes opérations.

Si *la poche des eaux n'est pas rompue*, faut-il la déchirer, comme le veut Planchon, avant d'inciser la matrice, ou faut-il la laisser intacte, comme le recommandent la plupart des auteurs? En vidant les membranes, on prévient l'épanchement du liquide amniotique dans le péritoine, on a moins à craindre l'hémorrhagie et l'inertie utérines; mais ces accidens ne sont pas ce qu'il y a de plus à redouter pendant l'opération. On est plus fréquemment gêné par les contractions de la matrice que par son inertie. Quand l'œuf est entier, l'enfant est plus facile à extraire. La plaie de l'utérus, plus régulière et d'abord plus étendue, finit cependant par se réduire à de moindres dimensions. Enfin, il en résulte moins d'irritation pour la matrice, et, tout bien considéré, je crois avec Desormeaux, qu'il est avantageux de conserver la poche amniotique.

On ne doit jamais omettre de *vider* la vessie, surtout quand on veut suivre le procédé de Mauriceau. L'*appareil* se compose d'un bistouri convexe, d'un bistouri droit et boutonné, de pinces, de ciseaux, d'aiguilles à suture, de fils, de tuyaux de plumes, de bandelettes adhésives, de charpie en boulettes et en gâteaux. Des linges enduits de cérat, des compresses longuettes, carrées, un bandage de corps, des éponges fines et volumineuses, une seringue, des canules de gomme élastique en cas qu'on ait à faire des injections, de l'eau tiède, de l'eau froide, du vinaigre, du vin et de l'eau de Cologne, sont également nécessaires.

La *malade* est, autant que possible, *couchée* sur le lit qu'elle

---

(1) *Principl. of midwif.* 1785.—Kilian, *Die operat.* etc., p. 798.

(2) *Thèse*, Montpellier, 9 nivose an 8.

doit garder les premiers jours de l'opération. Sa position ne doit point être gênée. Placée sur le dos, la tête modérément élevée, les jambes et les cuisses légèrement fléchies, elle sera maintenue par des aides chargés de veiller aux mouvemens inconsidérés que les douleurs pourraient lui faire exécuter. Deux personnes bien entendues appliquent leurs mains sur les côtés et le fond de l'utérus de manière à le circonscrire très exactement, afin qu'il ne puisse se glisser aucun organe entre sa surface et les parois abdominales et qu'il ne forme, en quelque sorte, qu'une seule masse avec ces dernières parties. A cet effet, les mains nues me paraissent un peu moins convenables qu'appliquées sur de larges éponges, comme le veut le docteur Hédénus, comme l'on fait MM. Walther et Kluge, et ainsi que je l'ai fait moi-même.

B. *Incision.* Avec le bistouri convexe le chirurgien *incise les tégumens*, des environs de l'ombilic vers le pubis, dans l'étendue de cinq à six pouces, sans qu'il soit pour cela nécessaire, ni même toujours possible d'en faire d'abord un large repli, comme le recommande Levret. La couche sous-cutanée, l'aponévrose et les fibres musculaires, si on n'opère pas sur la ligne médiane, ainsi que le tissu cellulaire, sont successivement divisés de la même manière et dans la même étendue. Cette incision ne doit pas descendre trop près du pubis, à cause de la vessie, et parce que, là, les parois abdominales conservent ordinairement une grande épaisseur. Il vaudrait mieux la prolonger au-dessus de l'ombilic, en ayant soin de passer à gauche de cette cicatrice, pour éviter la veine ombilicale et surtout l'anastomose qui peut exister entre elle et la veine épigastrique, anastomose que plusieurs personnes ont notée dans ces derniers temps (1).

Après avoir *ouvert le péritoine* de manière à permettre l'introduction du doit indicateur gauche, qui doit servir de conducteur à l'instrument, on agrandit la plaie de cette mem-

(1) Velpeau, *Anatom.*, *chir.* tome II, régiun hypogastrique.

brane avec le bistouri boutonné, au point de lui donner la même étendue qu'à la division de la peau.

La *matrice* est alors *à découvert*. On l'incise, couche par couche et avec lenteur, jusqu'à ce qu'on arrive à la surface de l'œuf; puis, pour conserver au col autant de longueur que possible, on recommande aux aides d'abaisser doucement le fond de l'utérus en le faisant basculer en avant. On pourrait même, à l'instar du docteur Kluge, accrocher l'angle inférieur de la plaie de cet organe pour opérer, ou du moins pour favoriser un pareil mouvement, qui, en donnant la facilité de prolonger la section très loin supérieurement, permet de ménager le col. Deleurye (1) a raison de conseiller, avec Levret (2) d'inciser la matrice de bas en haut, afin d'empêcher les intestins de sortir, de même qu'il avait bien senti (3) que l'utérus doit servir de point d'appui à l'incision des parois abdominales. Pour ne point s'exposer à blesser les vaisseaux du placenta, il est mieux d'employer le bistouri boutonné, en finissant l'incision, que d'avoir recours à la sonde cannelée pour diriger le bistouri convexe. Je ne verrais d'ailleurs aucun inconvénient à ce que le doigt décollât d'avance le gâteau placentaire et les membranes dans une certaine étendue.

C'est à ce moment, et non avant de commencer l'opération, qu'il serait peut-être permis de suivre le conseil de Planchon, d'aller rompre la poche des eaux par le vagin, soit avec les doigts, soit avec l'instrument de Siebold, comme on le fait généralement en Allemagne. En supposant, ce qui me paraît préférable, qu'on perce la coque de l'œuf, par la plaie, il importe que les aides redoublent de soins pour que les parois abdominales n'abandonnent point la matrice. On s'opposera, de cette manière, à l'épanchement des eaux dans le péri-

---

(1) *De l'opér. césar. sur la ligne blanche*, etc, p. 191.

(2) *Art des accouch.* etc., 3ᵉ édit.

(3) Oper. citat., p. 20.

toine, et la tendance qu'ont les viscères à s'échapper au dehors restera sans effet.

C. L'*extraction* de l'enfant doit se faire sans retard. Quand il se présente par la tête ou le siége, on l'entraîne dans cette position, et, pour favoriser sa sortie, on prescrit aux aides de presser légèrement les côtés de la matrice à travers les parois du ventre. S'il est autrement placé, on va le saisir par les pieds, et on en fait l'extraction avec les mêmes précautions que dans l'accouchement par les voies naturelles, en se donnant de garde surtout de contondre ou de tirailler les lèvres de la plaie de l'utérus.

Aussitôt après la sortie du fœtus, on pourrait imiter Planchon, et, à l'aide d'une sonde de gomme élastique, reporter le cordon à travers la plaie pour entraîner le délivre par le vagin; mais il n'en résulterait aucun avantage pour la suite, et l'opération en serait sensiblement ralentie. Au surplus, la rétraction de la matrice, qui rendrait le plus souvent cette manœuvre impossible, force bientôt le placenta à s'engager dans la plaie, et indique ainsi la voie qu'il faut choisir pour l'extraire. Afin qu'il offre moins de volume et de résistance, on le saisit même par un de ses bords, quand on le peut, plutôt que de tirer simplement sur le cordon. Quant aux membranes, on a soin de les rouler en corde comme dans la délivrance naturelle, pour empêcher qu'il n'en reste dans la matrice. S'il s'est épanché du sang et formé des caillots, on doit les enlever avec la main. Il serait bien, en outre, de nettoyer toutes les parties avec une injection d'eau tiède; mais je ne pense pas qu'avec Wigand (1) il faille porter la main dans l'utérus pour l'éxciter à se contracter et à expulser le placenta par les voies naturelles, ni avec Stein (2), qu'on doive placer dans sa cavité un morceau d'éponge, long de trois pouces, et l'y laisser à demeure, soit pour servir de point d'appui à la matrice, soit pour absorber les in-

(1) Kilian, *Die operat. Gerburtshülfe*, etc., p. 799.
(2) Kilian, *Die operat.* etc., p. 84.

jections, ni que, dans le but de tenir le col ouvert, il soit utile d'y placer la mèche effilée que conseille Baudelocque, ni le *cierge pertuisé* de Ruleau, ni la tente de Rousset, ni la sonde de M. Tarbès, ni aucune espèce de canule que ce soit. Ces moyens n'empêcheraient pas l'orifice de se fermer, et augmenteraient en pure perte son irritation. Le doigt qu'on y porte de temps en temps suffit pour l'entr'ouvrir, s'il cesse de donner issue aux matières, que rien ne peut empêcher, après tout, de passer en tout ou en partie par la plaie.

D. *pansement. L'opération terminée*, on doit songer à suspendre l'écoulement du sang. Dans le procédé latéral et dans celui de Lauverjat surtout, plusieurs artérioles peuvent avoir été divisées. On en fait la ligature, si on n'a mieux aimé la faire à mesure qu'elles ont été ouvertes. Pendant l'opération, les principaux orifices des artères utérines ont été fermés par les doigts des aides. Il ne peut jamais être question de les oblitérer avec des fils, quoique Siebold et M. Ritgen (1) aient osé le prescrire. Mais on a conseillé de les cautériser avec des chevilles de vitriol, de les toucher avec de l'esprit de vin (2), de mettre comme Heister (3) du baume de copahu dans la plaie. Le mieux est de s'en rapporter au resserrement de la matrice, resserrement qu'on sollicite, s'il tarde trop à s'effectuer, en excitant la cavité de cet organe ou la plaie avec les doigts ou des linges imbibés d'eau vinaigrée. Au bout de quelques minutes la division se réduit à l'étendue d'un à deux pouces, et dès lors toute espèce d'hémorrhagie devient impossible. Du reste, je n'ai point à m'occuper du conseil de M. Michaélis (4), qui, pour empêcher toute fécondation ultérieure, et surtout, dit-il, pour éviter une trop grande réaction, propose l'extirpation de l'utérus, ni de celui de M. Blundell (5), qui prescrit de couper les

---

(1) Kilian, *Die operat. Geburtshülfe*, etc. p. 840.

(2) Deleurye, *Traité des accouch.* etc., p. 36.

(3) *Ibid.*

(4) Kilian, Oper. citat., 799.

(5) *Ibidem*, p. 799.

trompes de Fallope, ou mieux encore d'en exciser une partie dans le même but!

En Angleterre, en Allemagne et même en France, *on réunit*, en général, *la plaie* de l'abdomen à l'aide de la suture à point passés, ou de la suture entortillée, parce que c'est, dit-on, le seul moyen d'en maintenir les lèvres rapprochées et de prévenir la hernie des viscères. Zang (1) et Autenrieth (2) veulent même qu'on place les fils de suture avant d'inciser la matrice, afin que la réunion se fasse le plus tôt possible. Cependant Sabatier veut avec Deleurye (3), qu'on s'en dispense, et dit qu'à moins de comprendre toute l'épaisseur des parois abdominales dans chaque anse du fil, ce qui ne laisserait pas d'être dangereux, les bandelettes agglutinatives en feront tout autant que la suture, sans compromettre de la même manière le salut de la malade. Il me paraît préférable, néanmoins, malgré les raisons invoquées par ce savant auteur, d'avoir recours à la suture, même quand on a suivi le procédé de Lauverjat. Dans tous les cas, l'angle inférieur de la division doit être laissé libre pour permettre aux matières de s'écouler et à la mèche, dont on a placé une extrémité dans la matrice, de les entraîner au dehors. Je crois en outre que la suture enchevillée est surtout applicable ici. Les points de suture, au reste, n'empêchent pas de placer des bandelettes emplastiques entr'eux, ni d'en aider l'action au moyen du bandage unissant et d'une position favorable.

On couvre ensuite la plaie d'un linge troué, ou de bandelettes enduites de cérat. Deux longues et larges compresses sont placées sur les côtés. Des plumasseaux de charpie fine, des compresses ordinaires et le bandage de corps bien appliqué, complètent le pansement. Avant de quitter la femme, on la débarrasse des linges salis pendant l'opération. On la rapproche, en lui imprimant le moins de mouvement possible, du

---

(1) Kilian, oper. citat., 799.

(2) *Ibid.* Oper. citat., p. 846.

(3) *Traité des accouch.* etc, p. 275.

milieu de son lit, et on tâche de la placer de manière que tous ses muscles soient dans le relâchement.

Quelques potions antispamodiques légèrement opiacées, pour calmer l'agitation nerveuse, des précautions pour que les lochies puissent s'écouler par le vagin et ne pas s'épancher dans le ventre, des boissons délayantes, la saignée et des sangsues dès qu'il se manifeste le moindre symptôme inflammatoire, avec le plus grand calme de corps et d'esprit, voilà tout ce que le chirurgien peut recommander à l'opérée, dans le but de prévenir les dangers qui la menacent.

B. Opération césarienne vaginale.

I. Indications.

Un grand nombre de causes peuvent nécessiter l'opération césarienne vaginale.

Une oblitération avec induration fibro-cartilagineuse du col, comme dans le cas relaté par Simson, et dans cet autre dont parle Van-Swiéten, en est un des motifs les plus communs. Mme Lachapelle et M. Dugès (1) en ont publié trois observations. Dans celle de M. Cauvy (2), on aurait à peine introduit un stylet jusqu'à la cavité utérine. Outre ces rétrécissemens, dont quelques personnes m'accusent d'avoir nié la possibilité, quoique je n'y aie jamais pensé, et que je me sois borné à élever des doutes sur plusieurs des exemples qui en ont été publiés, il existe aussi des cas de véritable occlusion du col, qui nécessiteraient plus impérieusement encore l'incision vaginale. A celui que j'ai annoncé en parlant des déviations et des occlusions de l'orifice utérin à l'article Dystocie (3), il faut ajouter celui de M. Lobstein (4) et un autre de M. Berger

---

(1) En 1825.

(2) *Gazette méd.* 1833, p. 667.

(3) *Altération du col*, tome II, p. 216.

(4) Flamant, *Thèse*, n° 130, Paris, 1811.

comme des plus authentiques. Peut-être faudrait-il y joindre également les exemples de MM. Rummel (1), Grimm (2), Rainer (3) et Meisner (4). L'opération eut un plein succès, bien que la plaie ait fini par se refermer, chez la malade de M. Lobstein. Celui de Morlanne (5) serait plus positif encore, si le corps de la femme, qui mourut sans être délivrée, avait pu être ouvert, et si les parens avaient permis d'examiner la matrice en place.

Des convulsions violentes qui mettent les jours de la femme en danger pendant que l'orifice, trop tendu, encore trop peu dilaté pour permettre l'introduction de la main ainsi qu'on le voit dans les observations de Dubosq et de Lambron, sont dans le même cas.

Une obliquité extrême de l'orifice en arrière, en même temps que la tête de l'enfant entraîne dans l'excavation et jusqu'à la vulve la paroi antérieure de la matrice qu'elle distend, amincit et finirait par déchirer, si on ne s'empressait pas d'y pratiquer une incision, comme le fit Lauverjat, peut la réclamer aussi.

Les callosités, l'oblitération du col en avaient déjà fait naître l'idée du temps de Mauriceau ; car Fournier (6), qui la conseille, dit qu'on la pratique en incisant en arrière et en avant avec le *forceps deceptorius*, ou mieux avec un bistouri caché de son invention. Mesnard (7) parle dans le même sens. Barbaut (8) veut aussi qu'en pareil cas le débridement du col avec ou sans spéculum suffise et tienne lieu de la gastro-hystérotomie.

---

(1) *Journal* de Siebold, vol. VI.

(2) *Archiv.* de Horn. 1816.

(3) Salzb. *Med. chir. Gaz.* 1821.

(4) *Journal* de Siebold, vol. IV.

(5) *Journal d'accouch.*, tome I, p. 281, 283.

(6) *L'accoucheur méthod.* etc., p. 196.

(7) *Guide des accouch.* 2e édit. p. 305.

(8) *Cours d'accouch.* tome II, p. 77.

Ellepeut encore devenir nécessaire lorsque l'utérus, échappé du bassin pendant la grossesse, n'a point été réduit, et que son col ne peut être dilaté à l'aide des doigts quoiqu'il y ait du danger à retarder l'accouchement, comme Thénance, Jacomet, un chirurgien de Vaux dont parle Bodin (1) et plusieurs autres dont j'ai parlé à l'article *déplacemens* de l'utérus, en ont cité des exemples; mais c'est plus spécialement dans les cas de squirrhosités qu'on l'a proposée, et quand l'orifice présente une telle résistance aux contractions de la matrice que la femme s'épuise en vains efforts sans en produire la dilatation.

La simple indication des accidens qui la réclament, montre que l'opération césarienne vaginale peut être pratiquée dans deux conditions fort différentes. Tantôt, en effet, il ne s'agit que de débrider le col naturel plus ou moins retréci ou malade. Tantôt, au contraire, on est forcé de créer une ouverture complètement artificielle pour arriver à l'enfant. Sa nécessité dans le premier cas a été sentie par un grand nombre de praticiens. Lemoine (2) dit déjà que si le col calleux résiste aux relâchans et aux saignées, il vaut mieux le débrider que d'en attendre la déchirure. Smellie avait des ciseaux pour ce débridement. On peut voir combien Coutouly (3) et Lauverjat lui accordaient de confiance. Le deuxième cas s'est aussi présenté plusieurs fois. Que ce soit pour une oblitération complète comme M. Solera (4) soutient encore l'avoir rencontré, ou bien pour une simple déviation qui en aurait imposé comme dans un exemple de Lauverjat (5), celui de M. Martin, etc., on ne s'en comporte pas moins de la même manière dans les deux cas.

Enfin, elle serait également indiquée, ainsi que s'est efforcé

---

(1) *Essai sur les accouch.*, p. 85, Paris, 1797.

(2) Burton, *Nouv. system. des accouch.*, etc., p. 384.

(3) *Sur divers sujets d'accouch.*, p. 34, 44.

(4) *Journal univ. des sc. méd.*, tome XIV, p. 338.

(5) *Nouv. méthode de pratiq. l'opér. césar.*, p. 30, 139.

de le démontrer Bodin, dans les cas de présentation du bras, si jamais il était réellement impossible, en pareil cas, d'aller chercher les pieds, et s'il n'y avait pas d'autre moyen d'éviter l'amputation du membre.

Quoique généralement peu dangereuse, elle ne doit cependant pas être pratiquée sans une nécessité bien constatée. Je ne puis en conséquence m'empêcher de blâmer avec force la témérité de ceux qui ne balancent pas à la mettre en usage, par cela seul que le col, plus ou moins dense, ne se dilate pas au gré de leurs désirs impatiens. D'après ce que j'ai dit à l'article des *Déviations du col*, je ne doute pas qu'on y ait eu recours plusieurs fois, quand il eût été facile de s'en dispenser.

II. Méthodes opératoires.

A. *Débridement de col.* Si l'orifice existe, rien n'est plus facile que de pratiquer l'opération césarienne vaginale. Le spéculum employé par quelques-uns est inutile.

On place la femme comme pour le toucher ou comme pour la version, selon que l'une ou l'autre de ces deux positions paraît plus commode à l'accoucheur et permet le mieux d'atteindre le point à inciser. Les ciseaux de Smellie, l'utero-stomatome de Coutouly, et tous les instrumens spéciaux n'ont aucun avantage ici.

On conduit le bistouri boutonné, enveloppé d'une bandelette de linge jusqu'à huit à douze lignes de son extrémité, sur le doigt indicateur. On arrive ainsi sans difficulté jusque dans le col, s'il n'est pas trop éloigné du centre du bassin. Dans le cas contraire, il faudrait remplacer le bistouri droit par le bistouri courbe de Pott. A la rigueur, on pourrait se contenter d'une seule incision comme le firent Dubosq et Lambron. Cependant, à moins que le col ne soit encore très-large, il serait possible qu'on ne triomphât ainsi que d'une partie des difficultés. Comme il importe que la division ne soit pas trop profonde, on doit préférer d'en pratiquer plusieurs, à quel-

ques distances les unes des autres. C'est un procédé sur lequel insistaient déjà Coutouly (1) et Lauverjat (2); que Parea de Maggenti (3) mit en usage avec succès en 1791; mais que Moscati (4) a surtout essayé de faire prévaloir. Le débridement multiple a donné un succès complet à ce praticien sur une femme dont le col permettait à peine l'entrée d'un stylet. Paletta réussit de la même manière 15 mois plus tard sur la même femme. La malade opérée par Moscati père au moyen d'une seule incision, mourut au contraire d'une déchirure des parties. D'autres personnes ont aussi relaté depuis des faits en faveur du débridement multiple. On y a eu recours à la Maternité de Paris (5) avec succès, dans un cas de resserrement du col avec adhérence de la lèvre postérieure du museau de tanche en arrière. Grimm (6) n'a pas été moins heureux en pratiquant trois incisions pour une forte déviation avec coartation. M. Bongiovani (7) en a fait autant pour un endurcissement du col dans un cas où il fallut employer le forceps. La femme s'est également rétablie. Soek s'est comporté de même (8), et j'ai rappelé ailleurs les exemples où la grossesse avec descente de matricee a nécessité la même opération. Au premier abord, il semble que le passage de la tête ne se fera point sans agrandir de pareilles plaies, au point de les prolonger jusqu'au corps de l'utérus et de déchirer le péritoine; mais au fond, il n'en est rien, et elles restent ordinairement limitées à l'épaisseur du col. Lorsqu'on opère pour une induration squirrheuse ou fibreuse, c'est à peine s'il s'en écoule quelques

---

(1) Oper. citat., p. 44.

(2) Oper. citat., p. 30.

(3) Morlanne, *Journal d'accouch.*, etc., tome II, p. 367.

(4) *Journal univ.*, tome XIV, p. 338.

(5) *Journal compl.*, tome XLI, p. 205.

(6) *Journal univ.*, tome XIV, XVI, p. 344.

(7) *Ibid.*, tome XXI, p. 97.

(8) Mondière, *Mém. à la Soc. méd. d'Émul.* 1834.

onces de sang. Pratiquée sur une vache par M. Mignot (1), pour une induration du col, l'hystérotomie vaginale a permis de sauver la mère, ainsi que le petit, et n'a pas moins bien réussi que sur la femme.

B. *Incision du col.* Quand on divise la paroi antérieure de la matrice sans aller jusqu'à l'orifice, comme l'ont fait Lauverjat, MM. Martin, Lobstein, Caffe, etc., on est obligé de se servir d'un bistouri droit ou convexe et non boutonné pour commencer l'opération, qui est toujours plus délicate que dans le cas précédent. Pour ne pas blesser la partie du fœtus qui se présente la première, on ne peut pas prendre trop de soins en faisant l'incision. Toutefois, lorsqu'on a pénétré jusque dans l'utérus, l'indicateur qui a servi de point d'appui à la pointe de l'instrument devient un directeur sûr, et le bistouri peut dès-lors agrandir la plaie autant qu'il est nécessaire sans beaucoup de danger. Remarquons cependant qu'il y a moins d'inconvéniens à la prolonger en arrière qu'en avant, à cause de la vessie, et qu'il est d'ailleurs inutile de lui donner une grande étendue. En arrière, on pourrait tomber dans le cul-de-sac recto-vaginal du péritoine et même dans l'intestin. Il vaut mieux, en conséquence, recourir à l'incision multiple que de se borner à une seule plaie. Si on tient la femme couchée, la tête du fœtus court moins de risques pendant la première incision, mais les tissus sont aussi moins faciles à diviser. Quand elle est debout, l'utérus s'abaisse davantage et reste plus tendu.

Après l'accouchement, cette division simple ou complexe se resserre très-rapidement, et souvent il ne s'est pas écoulé plus d'une demi-journée, que le col a déjà repris sa position naturelle. Si le sang fluait en trop grande quantité, des injections d'oxicrat ou le tamponnement l'arrêteraient aisément. La cautérisation, du reste très-facile à essayer, ne sera que rarement nécessaire en pareil cas. Quand aux lochies, elles s'échappent ou par le col ou par la plaie, et la femme, sous

(1) *Recueil de méd. vétér.* juin 1833.

ce rapport, n'exige pas d'autres soins qu'à la suite d'une parturition ordinaire. La prudence veut cependant qu'une grosse canule en gomme élastique, s'il y a occlusion réelle, ou du moins une mèche de linge effilé, si le col se retrouve après l'opération, soit maintenue pendant quelques semaines dans l'ouverture nouvelle. M. Lobstein, qui fut obligé de retirer ce corps étranger plus tôt qu'il ne l'eût voulu, vit promptement la plaie se refermer. Les menstrues n'en parurent pas moins dans la suite avec une certaine régularité. M. Caffe a été plus heureux. Les règles se sont effectuées par la plaie chez la femme qu'il a opérée. Reste à savoir s'il en sera longtemps ainsi.

ART. 4.—Opérations qui agissent sur l'enfant.

§ Ier. De la céphalotomie et de l'embryotomie.

En Angleterre, on préfère généralement, depuis Osborne (1), la perforation du crâne ou le morcellement du fœtus, même quand il est vivant, à la section césarienne. Wigand (2), en Allemagne, combattu par M. Busch (3), soutient la même doctrine ; tandis qu'Osiander ne semble l'admettre dans aucun cas. C'est M. Stein (4) le jeune, qui donne la plus grande extension possible à l'emploi de la céphalotomie. Il la conseille lorsque le travail est troublé par des causes purement dynamiques, dans les cas de convulsions causées par la pression de la tête sur les nerfs du bassin, par exemple. On conçoit encore bien moins M. Ritgen (5) qui, dans les cas douteux, prescrit de comprimer la tête et de la tirailler de telle sorte que l'enfant doive expirer, afin de perforer ensuite le crâne !

---

(1) *Principl. of midwif.* 1792.

(2) *Bulletin de Férussac*, tome VII, p. 268.

(3) *Ibid.* ou Lehrbuch *der Geburtskunde*, etc.

(4) Kilian, *Die operat.* etc., p. 707.

(5) Kilian, Oper. citat., p. 735.

A. En France, on n'emploie la *céphalotomie* qu'autant que la mort de l'enfant est certaine ou du moins très-probable, et que l'accouchement est tout-à-fait impossible par les voies naturelles. Quand le bassin a moins de quinze lignes, ou que la main ne peut pas pénétrer en entier dans la matrice, on aime encore mieux l'opération césarienne, quoique l'enfant ait cessé de vivre. A ce sujet, je dirai que nos voisins ont trop rarement recours à l'hystérotomie, et qu'ils sacrifient avec trop de légèreté la vie du fruit dans la crainte de compromettre celle de la mère. Sur le continent, on tombe dans un excès opposé, et qui n'est peut-être pas moins blâmable. Quand le fœtus conserve toute sa force, et qu'il est robuste, nul doute que, loin de le sacrifier, comme on le fait dans la Grande-Bretagne et dans le Nord, il ne faille l'extraire sans compromettre sa vie, au moyen d'opérations, graves à la vérité, mais non toujours mortelles pour la femme. Nul doute aussi, selon moi, qu'on ne doive préférer la céphalotomie, quand on a de bonnes raisons de craindre sa mort ou qu'il ne puisse pas continuer de vivre. Il serait par trop cruel, après l'opération césarienne, de ne pouvoir offrir qu'un cadavre ou un être faible, chétif, et qui doit succomber au bout de quelques minutes ou de quelques heures, à la malheureuse mère pour prix de tant de souffrances et de tant de périls! Mais aussi on s'abuserait étrangement si on s'imaginait que l'embryotomie n'est aucunement dangereuse pour la femme. C'est bien, au contraire, l'opération la plus redoutable qu'il y ait en tocologie, toutes les fois qu'elle ne se réduit pas à la crâniotomie, ou qu'il faut agir dans un bassin dont les détroits ont moins de dix-huit lignes.

En résumé, la céphalotomie est indiquée: 1° quand le fœtus est mort et que les passages sont trop resserrés pour permettre de l'extraire avec le forceps ou par la version; 2° lorsqu'il est très-probable que l'enfant a cessé de vivre ou qu'il est sur le point de mourir, et que, pour l'avoir entier, il faudrait pratiquer l'hystérotomie; 3° lorsque la tête est restée seule dans le bassin et que la main, le forceps ou les crochets ne suffisent pas pour l'extraire. Elle serait inutile, dangereuse,

et doit être proscrite même quand le fœtus est mort, si le petit diamètre du bassin a moins de dix-huit à vingt lignes d'étendue.

B. L'*embryotomie*, c'est-à-dire cette opération qui consiste à porter un instrument tranchant dans la matrice, pour diminuer le volume de l'enfant, en le dépeçant et le réduisant en lambeaux, afin de l'extraire ensuite par portions, était fréquemment employée par les anciens, qui n'avaient pas d'autres moyens à mettre en usage, ou qui n'étaient pas assez confians dans les ressources de l'organisme; mais aujourd'hui le forceps, le levier, la version, la symphyséotomie et l'opération césarienne, justement appréciés dans leur valeur respective, la rendent à peu près complètement inutile. Aussi, n'est-elle plus pratiquée, de nos jours, de temps à autre, que par certains médicastres de campagne, aussi étrangers à l'art des accouchemens, qu'ils déshonorent par leur ineptie, qu'aux plus simples notions des autres branches de la médecine.

La crâniotomie elle-même doit être rarement nécessaire ou indispensable, puisque sur un total de vingt et quelques mille accouchemens, madame Lachapelle n'en indique que trois exemples. M. Schweighaeuser (1) ne l'a pas pratiquée qu'une fois de 1793 à 1800 sur 900 accouchemens à l'hôpital de Strasbourg; tandis que son successeur y a eu recours quatre ou cinq fois dans l'espace de sept mois. Sur deux cent vingt mille, M. Riecke en indique quatre-vingt-quatre, tandis que sur dix-huit mille, M. Merriman (2) en compte treize, et que M. Richter (3) en cite trois sur deux mille cinq cents. Le forceps céphalotribe, dont M. A. Baudelocque s'est constitué le propagateur, et dont il sera question plus bas en terminant ce qui est relatif aux crochets, la rendra même encore de plus en plus rare à l'avenir. Il serait

---

(1) *Archiv. de l'art des accouch.*, etc., tome II, p. 59.

(2) *Synops. of difficult parturit.* etc., p. 328.

(3) *Synops. praxis med. obstetr.*, etc., p.

d'ailleurs inutile de dire avec M. Schmidt (1) que le forceps ne doit pas lui être substitué; car le forceps ne peut nulle part tenir lieu de la céphalotomie, à moins qu'on ne veuille procéder par écrasement. La rupture spontanée du crâne, dont parle Hamilton (2), est un accident trop rare pour qu'on puisse compter sur elle.

C. *Manuel opératoire.* Pour pratiquer la céphalotomie, Avicenne et Mauriceau (3) se sont servis de tire-tête tranchans en forme de crochets. Levret (4), Dionis, Fried, Ould (5), employaient des perforateurs à gaine. Simson (6) a vanté un anneau-scalpel. Des perce-crâne en fer de lance ont été conseillés et modifiés d'une infinité de manières; mais actuellement on se contente d'un simple bistouri, ou des ciseaux de De La Motte (7), perfectionnés par Smellie (8) et par Denmann (9), quand il faut pénétrer profondément, et qu'il est nécessaire d'employer une certaine force. L'espèce de flamme montée sur une longue tige armée d'aîles, imaginée par Burton (10), la tige double, en forme de pharyngotome à développement, proposée par Coutouly (11), n'ont point été et ne devaient point être adoptés. Il en sera probablement de même du nouveau perce-crâne de M. Busch (12), du somatome caché, sorte de double crochet mousse, tranchant

---

(1) *Bulletin de Férussac,* tome X, p. 358.
(2) *Outlines,* etc., p. 17, ou Burns, p. 462.
(3) *Malad. des femmes* grosses, etc.
(4) *Accouch. labor.,* etc., 1780.
(5) Burton, *Nouv. systèm. des accouch.*, etc., p. 342, pl. 16.
(6) *Ibid.* p. 347.
(7) *Traité complet des accouch.*, etc., p. 872, obs. 452.
(8) *Théorie et prat. des accouch.*, tome I, p. 312.—tome IV, p. 77, pl. 39.
(9) *Introd. à la pratiq. des accouch*, etc., tome II, p. 203.
(10) Oper citat., p. 351, pl. 17, fig. 6.
(11) *Sur différens sujets d'accouch.* etc., p. 85.
(12) *Bulletin de Férussac,* tome VII, p. 268.

par la concavité, inventé par M. A. Baudelocque (1), ainsi que des ciseaux céphalotomes de M. Dugès (2), et des soixante variétés de perce-crâne, représentés dans la thèse de M. Sadler (3).

La femme doit être placée comme pour l'application du forceps. Le bistouri, enveloppé d'une bandelette de linge jusqu'à quelques lignes de sa pointe que Baudelocque garnissait d'une boulette de cire, est dirigé sur la face palmaire d'un ou de deux doigts de l'une des mains, préalablement portés dans le vagin et jusque sur le point de la tête qu'on a l'intention de perforer. On choisit une fontanelle, ou tout au moins une suture pour l'enfoncer, quand c'est le vertex qui se présente. Coutouly (4) a beaucoup insisté au contraire pour que l'instrument fût appliqué sur le centre de la région du crâne qui descend, et plutôt sur un point solide que sur les fontanelles; mais ce ne doit être là qu'un pis aller et l'autre méthode est celle qu'on a généralement continué de suivre.

Si le tronc était au-dehors, on pourrait être forcé de traverser les os eux mêmes, et, dans ce cas, on s'adresse au front ou bien à la base de l'occipital. S'il s'agissait d'une hydrocéphale, on pourrait imiter ici M. Delacoux, ouvrir le rachis en arrière dans la région cervicale et pénétrer dans le crâne avec une tige métallique ou autre par le canal vertébral. Le frère de ce médecin m'a dit qu'en pareil cas, une sonde de femme lui avait parfaitement réussi.

Lorsque la tête est seule dans le bassin, on doit aussi chercher l'un de ses vides membraneux ; mais il n'est pas toujours facile de les atteindre, et l'accoucheur alors en est réduit à choisir l'os qui lui offre le moins de résistance et que son doigt peut toucher. Pendant cette opération, pour peu que la tête soit mobile, il faut qu'un aide embrasse la matrice avec les deux mains, comme le voulait Celse, et la refoule vers le dé-

(1) Boppe, *Thèse*, n° 79, Paris, 1826.

(2) *Journal hebdom. univ.*, 1833.

(3) P. François, *Thèse*, n° 71, Paris, 1832.

(4) *Sur divers sujets d'accouch.* etc., p. 85.

troit, afin de donner toute la fixité nécessaire aux parties qui vont être divisées. D'un autre côté, la pointe de l'instrument ne doit jamais se mouvoir dans le sein de la femme sans être protégée, couverte par la pulpe de quelque doigt. Une fois arrivé dans le crâne, on prolonge l'incision autant qu'on le peut, dans l'étendue d'un pouce au moins. Le plus souvent même on ne doit pas se contenter d'une incision simple. Il faut faire une ouverture cruciale, qui puisse permettre d'y pénétrer avec le doigt, comme Lauverjat (1) le recommande, et d'aller broyer la pulpe cérébrale, que l'on peut dilacérer aussi avec le céphalotome lui-même, ou, comme le veut Coutouly, avec un catheter. Quant à la cuiller dont on se servait autrefois (2) pour vider le crâne, je n'ai pas besoin d'en démontrer de nouveau l'inutilité.

Quand on préfère le perce-crâne de Smellie, on l'introduit fermé avec les mêmes précautions que le bistouri. Dans cet état, il représente un céphalotome ordinaire; mais, les deux branches dont il est composé étant tranchantes sur leur bord externe, font qu'il agrandit nécessairement, en raison directe de son degré d'ouverture quand on les écarte, l'incision qu'il avait faite d'abord. On le referme ensuite pour le rouvrir de nouveau dans un autre sens; après quoi on peut s'en servir pour réduire le cerveau en bouillie.

Si le défaut de proportion entre la tête et le bassin n'est pas considérable, et que la matrice conserve encore de l'énergie, le reste de l'accouchement est abandonné aux efforts de la femme, et se termine avec beaucoup de rapidité. Dans le cas contraire, on est obligé de recourir à l'emploi du forceps ou des crochets. Le forceps serait toujours préférable quand il est possible de l'appliquer, et quand la tête offre encore une certaine solidité, s'il n'était pas aussi sujet à glisser et à lâcher prise dès qu'il devient nécessaire d'employer quelque force pendant les tractions. Aussi Haighton avait-il inventé un for-

---

(1) Coutouly, *sur divers sujets*, etc., p. 85.

(2) Denman, *Introd. à la pratiq. des accouch.*, etc., tome II, p. 205.

ceps exprès, modifié depuis par M. Holmes (1). C'est un forceps garnie de dents à l'intérieur, et qui représente une espèce de céphalotribe. Nous y reviendrons tout-à-l'heure.

§ II. Des crochets et de leur emploi.

Autrefois les crochets étaient usités dans presque tous les cas qu'on termine heureusement aujourd'hui par le moyen du forceps, et dans une infinité d'autres que la version ou l'action bien entendue de la main suffisent pour amener à bien. Aussi leur emploi devient-il de plus en plus rare, à mesure que les connaissances tocologiques se répandent, de même au surplus que celui de tous les instrumens meurtriers dont les anciens ont tant abusé. Sur trois mille accouchemens, M. Dewees (2) n'y a pas eu recours une seule fois.

A. Formes. Les crochets sont de deux espèces. Les uns, terminés par une extrémité mousse et arrondie, olivaire et plus ou moins renflée, proposés pour remplacer les doigts ou les lacs, ne divisent rien et s'appliquent pendant la vie, comme après la mort, sur différentes parties de l'enfant. On en possède de formes extrêmement diverses. On a conseillé de les remplacer tous par celui qui termine le manche des forceps modernes; mais les meilleurs sont de longues tiges d'acier supportées par un manche en bois, et recourbées en arc de cercle dont le sinus est assez ouvert pour embrasser sans peine l'aine, l'aisselle ou le jarret. S'il ne sont courbés qu'à angle droit, comme le recommande madame Lachapelle, ils glissent avec trop de facilité. Recourbés en *S* ou resserrés sous un angle trop aigu, ils ne peuvent que difficilement s'accommoder à la forme des parties sur lesquelles on doit les appliquer. Baudelocque, Steidèle et la plupart des accoucheurs de notre époque ont

---

(1) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 130.

(2) Burns, *Principl. of midwif.* etc., p. 45.

pensé qu'il serait possible de réunir les deux crochets mousses du forceps, pour en former une pince à extrémité recourbée, qui pût embrasser les deux aines en même temps; mais il ne semble pas qu'on puisse jamais avoir besoin de cette modification. Une seule tige suffit ordinairement, et même, à l'exception d'un petit nombre de cas, les doigts la remplacent avantageusement. L'utilité du crochet mousse ne peut guère être contestée, cependant, lorsque, par une cause quelconque, la tête se trouve séparée du tronc, et qu'il n'est pas possible d'entraîner le fœtus autrement qu'en essayant d'agir sur les aisselles. Dans les positions du siége et des genoux, la seule règle essentielle à suivre, est d'atteindre toujours le pli du membre qui regarde en arrière, et quand on arrive aux tractions, de ne point perdre de vue les axes du bassin.

La pointe des crochets aigus est tantôt arrondie comme dans celui que cache l'olive du forceps, tantôt aplatie et triangulaire, comme dans ceux de Mauriceau et de la plupart des anciens; de sorte que la totalité de l'instrument n'est autre chose qu'un céphalotome à lame recourbée. Simple dans quelques-uns, double dans d'autres, cette pointe peut se continuer avec une tige droite, avec une tige courbe, ou bien ne représenter que le crampon d'une chaîne, plus ou moins longue, ainsi qu'on en voit des figures dans l'*Armamentarium* de Scultet. Fixe sur la tige qu'elle termine dans presque toutes les espèces, cette pointe peut se fléchir et s'ouvrir néanmoins dans ceux d'Aitken et de Saxtorph. On a fait aussi des forceps ou des tenettes à crochets aigus. Mesnard (1), Levret, Smellie (2), Baudelocque, et beaucoup d'autres ont vanté ces crochets-forceps, dont on voit un modèle au Muséum de la Faculté, et qui ne sont, au surplus, que le petit forceps de Smellie, dont les cuillers sont pleines et terminées par une pointe triangulaire, tranchante et recourbée. Le forceps à

(1) *Guide des accouch.* 2e édit. 1753, p. 24.
(2) *De la théorie et de la pratiq.*, etc., tome IV, p. 77, pl. 39.

dents de loup d'Avicenne et les pinces dentées de Rueff doivent encore être rangés parmi les crochets aigus.

B. *Manuel opératoire*. Après la crâniotomie, si la nature est impuissante, avant d'en venir au forceps à trois branches de Levret, et à plus forte raison aux crochets, Hamilton (1) trouve excellent de s'en rapporter à la nature pendant vingt-quatre heures au moins; mais Foster (2), qui dit que cette méthode devenait à la mode de son temps, la croit absolument mauvaise. M. Burns, qui veut aussi qu'on attende au moins vingt-quatre heures, se fonde sur ce que le fœtus, passant rapidement à la putréfaction, se ramollit, devient d'autant plus facile à extraire qu'on attend davantage, en admettant même qu'il ne soit pas expulsé spontanément.

Cette pratique, bien que recommandée par Kelly, Mackenzie, Osborn, Denman (3), Boer, Simson et Asdrubali, ne me paraît pas devoir être suivie. Je pense, avec M. Dugès, qu'il est inutile de perpétuer ainsi les angoisses de la femme. On ne prolonge pas non plus impunément un travail déjà trop pénible pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures; et n'y eût-il que la nécessité de renouveler l'appareil toujours effrayant d'un accouchement forcé, qu'on devrait la rejeter.

Le crochet aigu se place sur un des points les plus solides du crâne, sur l'occiput ou l'apophyse matoïde, par exemple, lorsque la tête vient la première; sur la mâchoire inférieure, dans l'orbite, ou sur le front, quand elle descend après le tronc; de manière enfin, à ce qu'autant que possible, son diamètre occipito-mentonnier n'abandonne pas les axes du bassin, à ce qu'elle se maintienne dans son état de flexion naturelle. On peut aussi l'appliquer à l'intérieur du crâne, en le fixant sur le rocher ou sur l'apophyse basilaire; mais il est essentiel alors qu'il ne glisse pas, qu'il ne vienne pas prendre son point d'ac-

---

(1) *Outlines of midwif.*, etc, p. 302.

(2) *Principl. and pract. of midwifery*, etc., p, 171.

(3) *Introd. à la pratiq. des accouch.*, etc., tome II, p. 212.

tion sur les os même de la voûte crânienne, car, en les entraînant, il pourrait les traverser et labourer les organes de la femme. Comme le perce-crâne, le crochet aigu ne doit jamais être enfoncé dans les parties du fœtus, sans être conduit, en quelque sorte protégé, couvert même par le doigt de l'accoucheur. Quand il est fixé, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, il faut que le pouce soutienne sa tige, et que les doigts restent solidement appliqués sur les points opposés de la tête, pendant que l'autre main exerce des tractions convenables sur son manche. De cette manière, il ne peut lâcher prise sans qu'on ne s'en aperçoive aussitôt. Les deux mains d'ailleurs agissant de concert, peuvent combiner exactement leurs efforts, et l'opération cesse d'être dangereuse. On n'a plus à craindre ces échappées si terribles, que le hasard seul pouvait prévenir, lorsqu'on était assez téméraire pour tirer en aveugle sur un pareil instrument.

Quand un des os se rompt ou cède, on reporte le crochet sur un autre plus solide. On a conseillé d'en porter la pointe en avant du côté des orbites, d'autres ont voulu qu'on l'appliquât en arrière au contraire pour entraîner plus facilement la tête à travers le détroit supérieur; mais il est difficile d'établir des règles générales à cet égard. Il faut faire tantôt d'une manière, tantôt d'une autre, selon les circonstances. Si la tête se relevait avec force, chaque fois qu'on cesse de tirer sur elle avec un crochet fixé en arrière, il serait bon d'imiter M. Dugès, de placer un second crochet en avant pendant qu'avec le premier on continue de la tenir abaissée, de remonter celui-ci, ou d'en placer un troisième pendant qu'avec l'autre on la maintient le plus bas qu'il a été possible de la faire descendre.

Pour forcer la base du crâne à franchir le détroit supérieur, on rencontre quelquefois des obstacles excessivement difficiles à surmonter. Les os qui la forment ne fléchissent pas comme ceux de la voûte, et les crochets sont tout aussi peu capables d'en diminuer les dimensions que le forceps. Ce n'est qu'en l'engageant dans une direction oblique, qu'on parvient le plus souvent à l'entraîner, quand le diamètre antéro-postérieur n'a pas plus de deux pouces ou deux pouces un quart.

Peut-être que dans ces cas on pourrait user avec avantage du *térébellum* de M. Dugès. C'est une sorte de tire-fond, capable de perforer les os et les cartilages, de briser la base du crâne pour la rendre flexible, et de remplacer la plupart des céphalotomes.

C. *La tête a franchi le détroit supérieur.* Quoi qu'il en soit, quand la base du crâne est arrivée dans l'excavation, on saisit la tête avec les mains. Les crochets deviennent inutiles, à moins qu'on ne veuille les appliquer sur le tronc, en supposant en outre que les crochets mousses portés sous les aisselles soient eux-mêmes insuffisans.

Ici, comme dans les cas où la tête s'est décollée en entier, il n'y a que trois points sur le tronc qui puissent supporter l'action du crochet aigu, le rachis, le sternum et les côtes; encore ce dernier est-il peu sûr, et voit-on assez souvent tous les arcs osseux d'un côté de la poitrine se briser, du flanc vers la clavicule, dès qu'il faut donner une certaine force aux tractions. C'est donc sur la colonne vertébrale surtout qu'il faut tâcher d'en fixer la pointe, et se comporter du reste comme quand on l'applique sur la tête.

Une seule circonstance me paraît exiger l'emploi du crochet aigu sur le tronc quand le pelvis s'est présenté le premier; c'est lorsque les membres abdominaux ont été séparés du corps, qu'ils manquent par suite de monstruosités, ou qu'ils n'offrent pas à la main une prise assez solide pour qu'en agissant sur eux elle puisse entraîner le reste du corps. Dans les cas de ce genre, le crochet devrait être placé sur le pubis, la crête iliaque, ou mieux encore sur le sacrum.

On ne peut douter que les accoucheurs du dix-septième siècle n'aient considérablement abusé des crochets : « que l'enfant présentât tête, cou, bras ou jambes, qu'il fût mort ou vivant,» dit De La Motte (1), un ou deux jours de travail étaient plus qu'il n'en fallait pour qu'ils se missent à la besogne. Saviard (2) ra-

---

(1) *Traité complet des accouch.*, etc., p. 322.

(2) *Recueil d'observat. chirurg.*, p. 364, obs. 84.

conte qu'un de ses maîtres, en se servant du crochet, avait arraché gros comme un œuf du cerveau, et que l'enfant une fois sorti se mit à crier. Crantz (1) rapporte un fait bien plus révoltant encore; l'accoucheur, qui avait arraché le cerveau, voyant le fœtus crier, le tua en lui mettant le pied sur le cou! mais ces actes de barbarie ne sont que des exceptions rares et que les historiens n'ont sans doute pas manqué de noircir avant de nous les transmettre. Peu (2), qui préférait le crochet aux frondes et aux tire-tête, s'y prenait de manière à extraire le fœtus vivant. Aussi persiste-t-il à soutenir, « quoiqu'en dise un confrère qui a fait beaucoup de bruit dans le monde », que le crochet, par sa méthode, est un excellent moyen, *même sur le vivant*. Il l'appliqua sur l'oreille, chez une femme affectée d'éclampsie; l'enfant vécut deux jours, et la plaie se voyait à peine (3). Dans un autre cas, la tête était enclavée depuis cinq jours; le fœtus, qui n'en fut pas moins amené vivant, ne mourut que le neuvième jour (4). Dionis (5) parle presque dans le même sens, à l'occasion d'une grande dame de Versailles, près de laquelle Mauriceau fut supplanté par un autre Dionis, qui plaça le crochet sur l'occiput et amena un fœtus vivant sous les yeux même du célèbre accoucheur. On voit donc que, bien appliqués sur la tête, les crochets n'étaient pas si meurtriers qu'on se l'imagine généralement, et qu'ils devaient être d'un grand secours avant la découverte du forceps.

§. III. Céphalotripsie.

M. A. Baudelocque a fait construire un forceps qui a pour but de vaincre toutes les difficultés relatives au volume de la tête, de rendre superflus tous les perce-crânes et la plupart

---

(1) V. Swieten, *Aphorism. de chirurg.*, tome VII, p. 299.

(2) *La pratiq. des accouch.*, etc., p. 348.

(3) *Ibidem*, p. 347.

(4) *Ibidem*, p. 261.

(5) *Traité gén. des accouch*, etc., p. 275.

des crochets aigus. Les cuillères de ce forceps n'ont pas de fenêtre et sont peu courbées. Étant rapprochées, elles peuvent traverser un détroit qui n'aurait pas plus de quinze lignes dans son petit diamètre. Les manches de l'instrument sont traversés par une vis qui permet de les rapprocher avec tant de force, que la tête du fœtus est très-facilement réduite à tel volume qu'on veut, sans faire courir le moindre risque à la femme. Cet instrument me paraît ingénieux. On trouve déjà quelque chose d'analogue dans un brise-pierre de Lecat (1), et dans le travail d'Assalini (2) sur divers instrumens d'obstétrique. Delpech (3) en a aussi réclamé l'idée. On voit encore, dans une thèse de M. Ordinaire (4), la description d'un forceps tenaillé à cuillère pleine, garni de ciselure, employé par M. Cliet de Lyon, et ayant le même but. Osiander (5) parle également d'un forceps à l'aide duquel on peut aisément réduire la tête d'un pouce et au-delà. M. Bodarous (6) dit que M. Colombe en avait imaginé un semblable en 1828, qui aurait d'ailleurs l'avantage de pouvoir tenir lieu du forceps ordinaire dans la pratique. Enfin, il y a déjà, dit-on, plusieurs années qu'en Angleterre, M. Holme (7) remplace le crâniatome forceps, ou le forceps compresseur de Haigthon ou de M. Davis, par un forceps presqu'en tout pareil à celui de M. Baudelocque. Je ne crois pas cependant que personne ait aussi exactement proposé l'écrasement de la tête du fœtus mort que M. Baudelocque. Cet instrument, que M. Champion (8) nomme céphalotribe, était du poids énorme de huit livres, et d'une lon-

---

(1) *Recueil de pièces rel. à l'opér. de la pierre*, etc., in-8°., 1752, pl. 4, f. 3.

(2) Voyez aussi *Journal gén.*, tome XXXVIII, p. 424.

(3) *Rev. méd.*, *Compte rendu de l'Instit.*

(4) Strasb. 2 août 1826.

(5) *Ibidem*.

(6) *Thèse*, n° 224, Paris 1830.

(7) Ryan, *Manual of midwif*, etc., p. 608.

(8) François, *Thèse*, n° 71. Paris, 1832.

gueur repoussante ; mais M. Gourdon (1) en a raccourci l'une des branches, incliné avantageusement la vis et réduit la pesanteur à six livres. Il faut espérer qu'on trouvera moyen de le réduire encore, et que son usage finira par devenir plus commode. L'auteur (2), qui s'en était servi sur trois femmes différentes dès l'année 1832, l'a mis de nouveau en usage au commencement de 1834 (3), sans qu'aucune des malades ait succombé, et un accoucheur de la connaissance de M. Champion (4) n'a pas été moins heureux dans l'essai qu'il en a fait. A ce sujet, il me reste un doute dont je me crois obligé de faire part au lecteur : N'eût-il pas été possible d'avoir l'enfant sans lui écraser la tête dans quelques-uns de ces cas, et y avait-il bien certitude absolue de la mort du fœtus chez toutes les femmes?

Au demeurant, le céphalotribe deviendra une ressource précieuse en tocologie, pourvu qu'on ne l'applique point sans s'être assuré au préalable et d'une manière certaine que le fœtus est mort. Quoique destiné à écraser la tête, il pourrait aussi être appliqué dans le même but sur le pelvis de l'enfant. Il doit suffire pour tous les cas où la symphyséotomie serait indiquée, ou ceux que l'accouchement prématuré aurait pu amener à bien. Il tiendra également lieu de l'opération césarienne, tant que les petits diamètres du bassin ne seront pas réduits à moins de deux pouces ; au-delà, je doute qu'on puisse rien en attendre d'utile, et que son emploi soit réellement moins dangereux que la gastro-hystérotomie ou l'embryotomie proprement dite.

Il faut bien avouer aussi que de fortes pinces ont encore plus de prises sur les os quand le crâne est ouvert, que tous les forceps imaginés jusqu'ici. M. Meigs (5), appelé près d'une femme dont le détroit supérieur n'offrait que deux pouces, a

(1) *Thèse*, et *Journaux de méd.* 1833.

(2) *Id.* et Thévenin, *Thèse*, n° 180, Paris, 1832.

(3) *Gaz. méd.* de Paris, 1834, p.

(4) Dumont, *Thèse*, n° 25, 1832.

(5) Baltimore, *Med. and. surg. Journal.* vol. II, p. 29, 34.

réussi en perforant le crâne et en se servant d'une pince recourbée comme instrument d'extraction.

§ IV. Tête restée seule dans les voies génitales.

C'est presque toujours parce que la tête s'était placée dans de mauvais rapports au détroit supérieur, ou parce que l'accoucheur malhabile n'a pas su la dégager à temps, qu'elle reste quelquefois seule dans le bassin. Dans ce cas, le décollement n'a pas plutôt lieu, qu'elle devient en quelque sorte mobile dans la matrice qui la ramène promptement à la meilleure direction possible. Quelques contractions suffisent ensuite pour l'expulser, et les secours de l'art sont le plus souvent inutiles. D'autres fois, la détroncation survient parce que le fœtus, mort depuis quelque temps, est déjà près de se putréfier. Pour peu qu'on attende alors, le cerveau s'affaisse ; les os du crâne deviennent très-mobiles, peuvent chevaucher, et, bien que le bassin fût d'abord trop étroit, la tête finit cependant par sortir spontanément. C'est même sur ces résultats et sur les malheurs qui ont plus d'une fois été la suite de manœuvres maladroites employées dans le but de hâter la délivrance, que se fondent les chirurgiens anglais cités plus haut, pour donner le conseil d'abandonner à l'organisme le soin d'une pareille opération ; mais, comme le travail a déjà trop duré; comme il faudrait, dans certains cas, attendre encore plusieurs jours ; comme l'irritation extrême de l'utérus doit en faire redouter l'inflammation, et que la femme peut succomber d'épuisement avant d'avoir complété son œuvre, il serait imprudent et peu rationel de ne pas venir à son secours. La célérité avec laquelle il convient d'agir ne doit pas toutefois être irréfléchie, dit Desormeaux. Il est des cas où il est bon de temporiser. Les forces peuvent avoir besoin d'être relevées par quelque aliment, un peu de vin ou d'autres fortifians. Des bains, des antiphlogistiques, etc., peuvent être réclamés avant toute chose, par une phlegmasie commençante de la matrice ou du péritoine. D'ailleurs, si les détroits ne sont pas trop resserrés, il est possible

que la matrice effectue seule l'opération. Barbaut (1), qui en relate un exemple, et qui en emprunte deux autres à la pratique de Puzos et de Destremeau, remarque cependant qu'il ne faut pas trop compter sur un pareil bonheur.

Quand la main doit suffire, c'est-à-dire quand la tête est peu volumineuse, ou qu'elle n'a besoin que d'être mieux dirigée pour descendre, on tâche de saisir la mâchoire inférieure. Après avoir ramené le diamètre occipito-mentonnier dans le sens des axes pelviens, on exerce sur elle des tractions qu'on fait marcher de concert, autant que possible, avec les efforts de la matrice et de la femme. Quand la tête est restée seule dans l'utérus, Celse (2) veut qu'un homme vigoureux et entendu la pousse vers l'orifice avec les deux mains appliquées sur l'hypogastre pendant que le chirurgien tire avec le crochet.

Le forceps, après la main, est ce qu'il y a de mieux et de plus inoffensif en pareil cas; mais il n'est pas toujours possible de l'appliquer, quand la tête est encore au détroit supérieur. D'autres fois son emploi n'empêche pas d'être obligé d'avoir recours à la crâniotomie et même aux crochets aigus. On a bien, il est vrai, pour éviter ces derniers, proposé des tire-tête de mille espèces différentes ; mais il n'en est aucun qui puisse le remplacer. La double croix de Bacquié (3), la bascule de Levret (4), le basiocestre de Metzler, la fronde de Mauriceau (5), belle invention d'application impossible, dit Dionis (6), le T de Stein, les filets d'Amand (7), de Rhasès ou de Smellie (8), la coiffe imaginée par Desormeaux père, le forceps à trois

---

(1) *Cours d'accouch*, tome II, p. 43.

(2) Lib. 7, cap. 29.—Ninnin, tome II, p. 365.

(3) *Acad. de chir.*, tome IV, p. 66.

(4) *Art. des accouch.*, etc., p. 342.

(5) *Maladies des femmes grosses*, etc., p. 251, ou Dionis, p. 376.

(6) *Traité gén. des accouch.*, etc., p. 266.

(7) Burton, p. 357, et dans *Nouv. obs. sur les accouch.*, p. 235, par Armand.

(8) *De la théorie et de la pratiq. des accouch.*, etc., p. 41, 64.

branches de Levret, et le petit bâtonnet en bois au milieu duquel on fixe une ficelle, ou bien en fer et que l'on place à l'extrémité d'une tige métallique, de manière à ce que, parallèle à cette tige pendant qu'on l'introduit, il puisse se mettre en travers une fois qu'il est arrivé dans l'intérieur du crâne, instrument dont on fait honneur à Danavia ou bien à Assalini, et que plusieurs autres accoucheurs ont trop vanté, ne sont, de nos jours, employés par personne. Le crochet, implanté aux environs du trou occipital, sur la mâchoire supérieure ou quelqu'autre point solide, pendant qu'on soutient le point opposé de la tête, est ici, comme ailleurs, la dernière ressource. Il forme cependant le seul tire-tête réellement efficace, toutes les fois que la main, le forceps ordinaire, le forceps à dent de loup, le forceps tire-tête à trois branches, les crochets forceps, ou le forceps de M. A. Baudelocque, sont inutiles ou insuffisans. Du reste, je répéterai ce que j'ai déjà dit d'après M. Champion, à l'occasion du forceps, il faut, avant toute tentative, voir si la tête est retenue par la matrice ou par le bassin. Si elle ne sort pas uniquement parce que l'utérus se tient dans l'inaction, la main suffit et doit être introduite sans hésiter. Lorsque des contractions spasmodiques, ou un resserrement trop brusque du col l'arrêtent, il convient d'attendre, à moins d'accident, et d'employer les relâchans, les bains, les opiacés avant de recourir aux moyens mécaniques. Le forceps ou les crochets sont de rigueur, au contraire, lorsqu'il y a étroitesse du bassin.

CHAPITRE III.

Phénomènes naturels qui suivent la sortie du fœtus.

SECT. Ire DE LA DÉLIVRANCE. (4e temps du travail).

Le placenta et les membranes, après l'accouchement, portent le nom de *délivre*, et c'est leur expulsion, leur sortie, leur extraction, qu'on appelle *délivrance*. Comme l'accouchement, la délivrance est une fonction naturelle; comme l'accouchement aussi, cette fonction peut être *simple* ou *compliquée*, ou, si on l'aime mieux, *naturelle* ou *contre nature*, *spontanée* ou *artificielle*.

ART. 1er. — DÉLIVRANCE NATURELLE.

Tous les phénomènes de la délivrance simple se rapportent: 1° au décollement du placenta; 2° à l'expulsion de ce corps hors des organes génitaux.

§ I. Mécanisme.

Premier temps. C'est dans le cours du travail, et notamment à la fin, lorsque les eaux sont écoulées, que l'œuf se décolle. Formant en quelque sorte un corps inerte, il doit nécessairement perdre ses adhérences pendant les mouvemens alternatifs de resserrement et de dilatation de l'utérus, à moins, toutefois, que l'accouchement ne soit assez prompt pour n'exiger presque aucun effort de la part de l'organisme, ou qu'il n'existe des adhérences contre nature.

La cause de ce décollement réside dans les contractions de la matrice tout entière, et non pas seulement dans le muscle orbiculaire que Ruysch croyait avoir découvert. Tantôt il s'opère de manière que la face fœtale de l'œuf vient se présenter

la première à la vulve, et que le sang, fluide ou en caillots, s'accumule derrière la face spongieuse du placenta, comme dans une espèce de cul-de-lampe(1). Quand il se fait graduellement, du centre à la circonférence, ou même quand il commence par un point du pourtour placentaire, si les enveloppes résistent davantage, sa surface lisse ou interne devient externe, et le sang, comme emprisonné en dehors des annexes, ne s'échappe qu'après la sortie du délivre, dont il augmente parfois singulièrement le volume.

D'autres fois, en se décollant, le placenta se roule en forme de cylindre ou de cornet d'oublie. Alors il se présente par sa face utérine ou par son bord aux différens passages. Le sang n'étant point retenu s'écoule à l'extérieur à mesure qu'il est versé dans la cavité utérine, et cesse ordinairement de fluer aussitôt après la sortie du délivre.

Deuxième temps. Une fois décollé, le placenta pèse sur le col, s'engage dans l'orifice, qu'il fatigue, et la matrice, arrêtée par sa présence, se resserre de plus en plus, se contracte, et le force bientôt à passer dans le vagin. Là, il ne tarde pas à faire naître un sentiment de gêne, de ténesme, d'épreinte, qui sollicite encore les contractions de l'utérus et met en jeu les efforts musculaires. Le diaphragme et les muscles du ventre réagissent sur les viscères abdominaux, comme pour expulser le fœtus, et le placenta franchit le détroit inférieur.

Quelques personnes, Desormeaux entre autres, divisent cette période d'expulsion en deux temps. Il est vrai que le délivre a quelquefois besoin d'une dilatation du col assez considérable pour qu'on en forme un temps particulier, et qu'il peut rester ensuite assez long-temps dans le vagin pour que sa sortie définitive constitue réellement une période distincte; mais comme ces deux temps sont loin d'être toujours aussi bien séparés, il m'a semblé qu'on pourrait les confondre sans inconvénient. Au surplus, ceci est une affaire de goût et non de nécessité.

---

(1) Leroux. *Observ. sur les pertes de sang*, etc., p. 39.

Si le travail a duré long-temps, si la femme est forte, si les secours de l'art ont été mis en usage pour extraire l'enfant, si la matrice jouit de beaucoup d'énergie, le placenta tombe dans le vagin et se présente à la vulve presque aussitôt après l'accouchement. Dans les cas opposés, la délivrance se ferait quelquefois attendre une demi-heure, une ou plusieurs heures, ou même plusieurs jours. Cette différence s'explique aisément. Dans le premier cas, l'œuf, décollé depuis long-temps, descend tout entier avec le fœtus. La matrice, revenant avec force sur elle-même à mesure qu'elle se vide, se débarrasse simultanément et du délivre et de l'enfant. Dans le second, la promptitude de l'accouchement fait que l'utérus n'a pas eu le temps de rompre les adhérences de l'œuf, ou de se resserrer suffisamment. Jusqu'à ce que la cavité de l'organe gestateur soit assez réduite pour que le délivre la remplisse en totalité, l'arrière-faix pourra se tenir au-dessus de l'orifice. Quand l'enfant vient de traverser le col, pourvu que le placenta soit décollé et poussé par la matrice, rien ne peut l'empêcher de descendre ; mais si l'orifice se ferme avant que le corps de l'organe ne se soit réduit en même proportion, le délivre reste comme emprisonné dans la cavité utérine, et peut n'en sortir qu'au bout d'un temps considérable, quoiqu'il ait perdu dès le principe toutes ses adhérences.

§ II. Soins que réclame la délivrance simple.

Bien que l'organisme se suffise ordinairement pour expulser l'arrière-faix quand il est descendu dans l'excavation, on observe cependant quelques cas dans lesquels il y resterait un temps infini, si l'art ne venait favoriser sa sortie. C'est même à cause de ces lenteurs, et pour abréger l'ennui, les inquiétudes de la femme, que la délivrance naturelle ou simple n'est presque jamais abandonnée en entier aux efforts de la nature. Peu (1), Deventer (2), veulent à peine qu'on at-

(1) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 704.

(2) *Observ. sur le Manuel des accouch.* etc., p. 115.

tende une demi-heure. Selon eux, si on n'agit pas immédiatement, le col se resserre, peut retenir le délivre, et de là des accidens plus ou moins graves.

A. Exposition des doctrines. Kerckring (1) est d'un avis contraire et Ruysch (2) affirme qu'en cinquante ans de pratique il n'a pas porté une seule fois la main dans la matrice. Hamilton (3) dit que la main dans l'utérus pour opérer la délivrance n'est pas utile une fois sur plusieurs centaines, qu'elle est extrêmement dangereuse, et qu'il ne faut l'employer que dans les cas d'urgente nécessité. De là, deux doctrines qui ont eu de tout temps, et ont encore leurs antagonistes et leurs partisans. Hippocrate (4) pensait se conformer à la première, en se servant de la pesanteur du fœtus pour détacher et entraîner le délivre. Mauriceau (5) et Dionis (6) ne pouvaient se dispenser de la suivre, quand ils conseillent d'emporter l'arrière-faix et le fœtus près du feu avant de couper le cordon. Celse (8) était plus impatient encore, puisque comme J. Bauhin (10), Bruhier d'Ablaincourt (9), Le Bas (10), l'ont recommandé; depuis, il indique de ne rien laisser dans la matrice et d'y porter la main pour en retirer jusqu'aux moindres caillots. Pendant qu'un aide tient le fœtus, dit Celse (11), le chirurgien tire doucement le cordon de la main gauche, et le suit de la main droite jusqu'au délivre, qu'il détache peu-à-peu pour l'entraîner avec les caillots, etc. Burton (12) prétend, lui, que cette manœuvre est utile non seulement pour

---

(1) *Thèse* de Haller, tome II, on *Spec. anat.* l. c. obs. 36, p. 78.
(2) *Ibid.* tome II, p. 82.
(3) *Outlines of midwifery*, etc., p. 217.
(4) *De superfet.* c. 3, ou V. Swiéten, tome VII, p. 399.
(5) *Malad. des femmes grosses*, etc., p. 392, 221.
(6) *Traité gén. des accouch.* etc., p. 119, 219.
(7) *De re medic.*, lib. 7, cap. 29.
(8) Deventer, *observ. sur la man. des accouch.*, p. 162.
(9) *Ibid.* p. 161.
(10) *L'art d'accoucher*, etc., p. 72.
(11) Lib. 7, cap. 29, Ninnin, tome II, p. 366.
(12) *Nouv. systèm. des accouch*, etc., p. 510.

extraire le délivre, mais encore pour calmer les tranchées et permettre aux caillots de s'échapper des sinus utérins. Encore enseignée par Chapman (1) et Manningham (2) la pratique de Celse, que Kachler (3) défendait jadis contre Ruysch, a trouvé de nos jours un partisan prononcé dans M. Jackson (4) qui ne veut pas même qu'on fasse de tractions sur le cordon, et qui préfère l'introduction de la main à toute autre espèce de moyens.

Levret, Smellie, Baudelocque recommandent, au contraire, de ne point agir avant que le placenta ne soit complètement décollé et ne se présente de lui même à l'orifice utérin. Portal (5) soutenait déjà qu'il vaut mieux attendre que d'aller trop tôt chercher le délivre, et le décoller à la manière d'une écorce d'orange, attendu « qu'en restât-il quelques portions, il ne faudrait pas s'en effrayer. » Aller chercher le placenta sans nécessité, dit Puzos, c'est comme si on allait saisir le fœtus dès que le col est dilaté. Denman (6) ne retire le placenta du vagin qu'au bout d'une heure, et Lemoine (7) est tout-à-fait de l'avis de Puzos. On a vu plus récemment Weissemborn (8), encore combattu par Starck (9), reprendre l'opinion de Ruysch, affirmer qu'il ne faut jamais aider la délivrance, que les secours de l'art nuisent et ne servent à rien. Mursinna (10), élève de Henckel finit par penser de même et Wigand (11), s'est également rapproché de cette doctrine, ainsi que M. Chau-

(1) Denman, *Introd. à la pratiq.*, etc., tome II, p. 381.

(2) *Artis obstetr.* etc., trad. de Bohemer, in-4°, 1746.

(3) *Thèse* de Haller, tome II.

(4) *Bibl. méd.* 1828, tome IV, p. 412.

(5) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 6-11.

(6) *Introduct. à la pratiq.*, etc., tome II, p. 395.

(7) Burton, *Nouv. system. des accouch.*, etc., p. 198.

(8) *Journal gén. de méd.* etc, tome I, p. 342.

(9) *ibidem*, p. 346.

(10) *ibidem*, p. 348.

(11) *ibidem*.

chat (1). M. Buret (2) ne veut pas non plus qu'on tire sur le cordon. M. Kuestner (3) prétend, au contraire, comme Mauriceau que le placenta doit sortir avant la section de cette tige, qu'il s'est comporté ainsi 1800 fois sans accidens, tandis que par l'autre méthode on a perdu soixante-neuf femmes sur quatre cent vingt-neuf. Enfin, M. Ingleby (4), qui s'élève aussi contre la délivrance trop prompte, veut qu'on attende, et que, dans tous les cas, on reste une ou deux heures près de l'accouchée dans la crainte qu'une hémorrhagie ne devienne fatale avant que le médecin ne puisse revenir, comme il en cite quatre observations.

B. Appréciation. Ces deux doctrines, prises à la lettre, me paraissent être également vicieuses. La conduite des anciens, suivie sans exception dans tous les cas, serait quelquefois dangereuse, on ne peut en douter; mais je suis porté à penser que de nos jours on est tombé dans l'extrême opposé. En cherchant à se rapprocher autant que possible de la nature, on s'est éloigné du but que l'accoucheur doit se proposer.

D'ailleurs, s'il est permis d'agir dès que le placenta est décollé, je ne vois pas pourquoi la délivrance serait si fréquemment différée. A part un petit nombre de cas, ce décollement est déjà effectué avant la sortie de l'enfant. J'ai peine à comprendre même comment la matrice pourrait se réduire au quart ou au cinquième de son volume, sans détruire les filamens délicats qui l'unissaient à l'œuf. La plupart des faits qu'on invoque pour démontrer que les adhérences du placenta persistent après l'accouchement ne sont rien moins que concluans, et ne me semblent pas avoir toujours été exactement interprétés.

Je sais qu'on a vu des tractions intempestives exercées sur le cordon produire le renversement de l'utérus ; mais d'abord,

(1) *Thèse*, Montpellier, 15 thermidor, an

(2) *Thèse*, n° 102, Paris 24.

(3) *The Lancet*, 1829, vol. II, p. 230.

(4) *Uterin hemmorhag.* etc. Lond. 1832., p. 9.

cet accident est extrêmement rare. Ensuite, il ne prouve pas que l'union du délivre se soit maintenue. Si de pareilles tractions sont pratiquées lorsque la matrice est encore souple et non contractée, qu'il y ait adhérence ou non, elles déterminent la femme à pousser, et dès lors l'inversion utérine est un phénomène tout naturel. Souvent on a tiré au point de rompre le cordon, de faire éprouver des douleurs, des tiraillemens à l'accouchée, sans que le placenta descendît le moins du monde, il est vrai; mais sans rien accorder à ces prétendues crêtes utérines, dont on a tant parlé jadis, la matrice ne se resserre-t-elle jamais que d'une manière régulière sur les secondines? ne se moule-t-elle pas en quelque sorte au contraire sur les diverses bosselures de l'arrière-faix, au point d'en rendre l'extraction assez difficile? Ces contractions inégales, qu'on admet à peine dans l'école de Baudelocque et que j'ai la conviction d'avoir observé plusieurs fois, sont admises maintenant par une infinité de praticiens étrangers. M. Ingleby (1), qui les a rencontrées, invoque en outre le témoignage de Douglas, Denman, Chapman (2), Moss, Holt (3), puis celui de Gooch, de Kinder-Wood, et en rapporte cinq observations (4).

Ensuite, est-on sûr qu'alors les tractions ont été faites dans la meilleure direction possible, et au seul degré convenable. N'a-t-on pas le plus souvent attribué aux adhérences du placenta les fautes de l'accoucheur?

J'ai vu maintes fois à mon amphithéâtre les élèves renoncer aux tractions sur le cordon, et rester bien convaincus que le placenta n'était pas encore décollé, quand il me suffisait de tirer un peu plus méthodiquement qu'eux pour terminer la délivrance à l'instant et sans peine, sous leurs yeux.

Chez une femme qui venait d'acccoucher à l'hôpital de

---

(1) *On uterin hemmorh.* etc. p. 187.

(2) *Improvement of midwif.* etc., 1759, p. 192.

(3) *Lond. méd. Gez. jun. and july*, 1830.

(4) Oper. citat, p. 194.

l'École, et qui avait une perte, les tractions avaient été assez fortes pour rompre le cordon. Je portai la main dans la matrice, et ne rencontrai aucune adhérence.

Appelé rue de la Montague Sainte-Geneviève, près d'une dame qui était accouchée depuis six heures, j'appris qu'on avait fait toutes les tentatives imaginables pour la délivrer. Le médecin n'avait demandé du secours que parce qu'il était persuadé que la main devait être portée dans l'utérus pour détruire les adhérences du placenta. Il renouvela ses tentatives en ma présence, et je compris bientôt qu'elles seraient sans succès. Je saisis le cordon à mon tour, et je n'eus besoin d'aucun effort particulier pour entraîner le délivre.

J'ai rencontré si fréquemment de ces cas de prétendues adhérences, j'ai déjà porté la main tant de fois dans la cavité utérine avec l'intention d'en détruire qu'on m'avait annoncées, et qui, dans le fait, n'existaient pas; le raisonnement a d'ailleurs tant de peine à les admettre, que je ne balance pas à les regarder comme très-rares. Comment concevoir, après tout, qu'elles puissent céder si facilement aux faibles contractions qui se manifestent après la sortie du fœtus, si elles avaient pu résister aux violens efforts de la fin du travail?

Je crois donc que s'il n'est pas prudent de délivrer de suite après l'accouchement, avant même de couper le cordon comme le prescrit Mesnard, qui veut que la main aille chercher le placenta dans la matrice plutôt que de tirer sur l'ombilic on doit en chercher une autre raison que celle du non décollement de l'arrière-faix; que les contractions utérines ont bien plus pour but et pour effet de pousser graduellement ce corps vers le col ou dans le vagin, que d'en rompre les moyens d'union; qu'il n'est pas indispensable que la femme éprouve des coliques ou des tiraillemens dans les lombes pour que l'accoucheur la délivre, et qu'il y a des inconvéniens à ne pas agir aussitôt que le moment opportun se présente.

Encore imbu des idées générales sur ce sujet en 1823, j'attendais, pour exercer des tractions, que les coliques utérines se manifestassent, et je m'arrêtais à la moindre résis-

tance. Aussi ai-je été forcé dans le court espace de six mois d'attendre une fois dix heures, une autre fois vingt-quatre, une troisième trente-six, et une quatrième quarante-huit heures, avant de voir se terminer la délivrance, et même, dans ce dernier cas, d'aller chercher le placenta avec la main. Depuis lors, il ne m'est point arrivé d'attendre au-delà d'une heure. Il me suffit que la matrice soit revenue sur elle-même et qu'elle se durcisse, quand même la femme ne ressentirait ni douleurs ni tiraillemens, et je n'ai eu jusqu'à présent qu'à m'applaudir de cette conduite. Le sens de la théorie de Weissenborn s'en rapproche d'ailleurs beaucoup plus qu'on ne le croirait au premier abord. Si, sur plus de huit cents accouchemens effectués sous ses yeux en cinq ans, à la Charité de Berlin, il n'a jamais remarqué d'accidens, on ne peut pas en faire honneur à une méthode spéciale ; car, il n'aide jamais la délivrance, dit-il, excepté 1° quand le placenta est totalement détaché, 2° lorsque ce corps n'est qu'en partie décollé, et qu'il existe une perte abondante ; 3° dans les cas d'insertion du placenta sur le col; conditions qui sont aussi celles que l'on recommande généralement en France et en Italie.

§ III. Manuel opératoire.

Ainsi, après avoir donné à l'enfant les premiers soins, on revient à la mère, et si la main appliquée sur l'hypogastre reconnaît que la matrice se contracte avec une certaine force, on aide à la délivrance. Quand le globe utérin ne se forme pas, on doit attendre, ou mettre en usage les moyens indiqués contre l'inertie. Les autres cas appartiennent à la délivrance compliquée dont il sera question plus bas.

On saisit le cordon de la main droite, en le tournant sur la racine du médius et de l'annulaire, pour le ramener entre le pouce et l'indicateur; ou bien on le prend tout simplement à pleine main après l'avoir enveloppé d'un linge, et toujours le plus près possible de la vulve ; on glisse ensuite deux ou trois doigts de la main gauche dans le vagin, en passant sous la symphyse des pubis jusqu'à l'orifice de la matrice ou jusqu'à

la racine de la tige ombilicale. Comme les doigts doivent former une gouttière ou une sorte de poulie de renvoi, j'aime mieux en employer trois que deux. Dans le premier cas, le médius formant le fond de la rigole, fait que l'indicateur et l'annulaire empêchent le cordon de glisser à droite ou à gauche. Quand il n'y en a que deux, le cordon parvient presque toujours à les séparer, et alors on aurait tout autant d'avantage à les placer en travers, dans le haut de la vulve, comme le font quelques personnes.

Le moyen de tirer tout le parti possible des doigts consiste à faire pénétrer leur extrémité jusqu'à la face fœtale du placenta, fût-il au-delà de l'orifice utérin, et de s'en servir comme d'un levier du premier genre. Leur dos porte contre le sommet de l'arcade pubienne. Pendant que l'autre main tire dans l'axe du détroit inférieur, ils appuient sur la racine du cordon; puis, par une sorte de mouvement de bascule, que leur fait éprouver l'élévation graduelle du poignet, ils entraînent le placenta de haut en bas et d'avant en arrière, vers la pointe du sacrum, dans l'axe du détroit supérieur.

Ce temps de l'opération en est le plus délicat, le plus important et le plus difficile à bien exécuter. La matrice est quelquefois tellement coudée en devant, que, si les doigts ne poussent pas le cordon presque directement en arrière, le placenta reste immobile. D'autres fois il faut les diriger un peu à gauche ou à droite, parce que le col est plus ou moins dévié latéralement. L'axe de la matrice offre d'ailleurs mille nuances qu'il faudrait pouvoir saisir, et que la pratique seule apprend à reconnaître. C'est là ce qui fait qu'une délivrance regardée comme impossible par tel accoucheur sera souvent des plus simples pour tel autre, et que cette opération, en apparence si facile et de si peu d'importance, mérite cependant la plus minutieuse attention quand on veut la bien faire. Si la poulie de renvoi n'était pas convenablement placée; si le levier représenté par les doigts n'était pas bien situé, ou n'agissait pas méthodiquement, le délivre, arrêté par le bord supérieur des pubis ou la face postérieure de la symphyse, ne descendrait pas. Tout l'effort se porterait sur la racine du cordon,

qui ne manquerait pas de se rompre, ou sur un point de l'orifice uterin qui se trouve alors transformé en poulie de renvoi ; de là ces tiraillemens, ces douleurs qui font naître l'idée d'adhérences contre nature. M. Colombe (1) se méprend évidemment quand il affirme que les doigts d'une main, placés en travers sur le cordon au-devant de la vulve, forment une poulie de renvoi suffisante pour mettre cette tige en rapport avec les axes du bassin pendant qu'on tire avec l'autre main.

Quoi qu'il en soit, quand le placenta est arrivé dans le vagin, les doigts de la main gauche doivent se tenir à la même place qu'ils occupaient d'abord, mais seulement pour favoriser la sortie des annexes qui pourraient ne pas avoir encore franchi le col, et former une sorte de plan incliné, sur la face inférieure duquel glissera la totalité du délivre, pendant que la main droite continue à le tirer dans l'axe du détroit périnéal. De cette manière, on peut élever fortement la main qui tient le cordon, sans crainte d'être gêné par le sommet de l'arcade des pubis, et l'on évite d'être arrêté par la face inférieure du périnée ; inconvénient très-fréquent lorsqu'on tire plutôt dans l'axe du détroit proprement dit que dans celui de la vulve.

Du moment où l'arrière-faix se présente à la vulve, on place la main gauche au-dessous, en travers et en supination pour le soutenir. La main droite, tournée en pronation, l'embrasse du bout des cinq doigts, et le roule quatre ou cinq fois, en le tirant avec modération et lenteur. Sans ces mouvemens de rotation, les membranes pourraient se séparer du placenta et rester, dans les organes de la femme ; tandis qu'ainsi tordues elles se rassemblent, se contournent en corde et deviennent faciles à extraire.

Pendant ces diverses manœuvres, la matrice manque rarement de se contracter avec plus ou moins de force, et semble, de la sorte, venir au secours de l'accoucheur. La femme elle-

(1) *Thèse de Concours*, p. 10, 14 mai 1834.

même est ordinairement portée à faire quelques efforts aussitôt que le délivre est descendu dans le vagin. Ces efforts suffiraient, à la rigueur, pour terminer la délivrance, s'ils avaient toujours lieu; mais, au fond, ils sont peu nécessaires, et peuvent souvent être nuisibles. Ce n'est qu'indirectement qu'ils favorisent l'expulsion du placenta, et c'est immédiatement qu'ils peuvent produire la descente ou le renversement de l'utérus. On doit en conséquence engager la femme à les modérer plutôt qu'à les faire valoir. Il serait non-seulement inutile ou ridicule, mais encore quelquefois fort dangereux de lui donner des sternutatoires comme Guy de Chauliac (2), le conseille d'après les Arabes, de lui recommander de souffler dans une bouteille ou dans ses mains, sur un grain de sel (3), pour hâter la délivrance. Si jamais de pareils moyens ont eu quelque effet, c'est tout simplement en déterminant des secousses ou ces efforts que je blâmais tout-à-l'heure.

Les tractions nécessaires dans cette opération n'ont pas besoin d'être portées au point de rompre le cordon. Si le placenta résiste, on doit en chercher la cause dans la direction de l'orifice ou son resserrement, attendre ou tirer dans un autre sens, et rester bien convaincu que la force n'est jamais nécessaire pour triompher de pareils obstacles.

On recommande d'examiner le délivre aussitôt qu'il est extrait, afin de s'assurer qu'il n'en reste pas dans les organes génitaux. Ce conseil est bon à suivre, sans doute, lorsque la délivrance a présenté quelques difficultés ou quelque chose de spécial; mais, dons les autres cas, ce serait une puérilité de s'y arrêter, d'autant mieux qu'en admettant même qu'il fût resté quelques parcelles du placenta ou des lambeaux de membranes, on ne serait pas autorisé pour cela à les aller chercher avec la main, à moins qu'il n'y en eût une certaine masse. Puzos (3) qui conseillait au commencement de porter

(1) Grande *Chirurg.*, etc., p. 595, Rouen, 1549.

(2) Guillemeau, *Œuvres compl.* p. 306.

(3) *Traité des accouch.* etc, p. 150.

la main dans la matrice à la moindre difficulté, afin de s'habituer à délivrer les femmes sans risques, n'en blâme pas moins Mauriceau (1) d'avoir dit en 1712 (p. 248) de délivrer aussitôt que l'enfant est sorti, crainte que la matrice ne se referme, ainsi que Clément (2), qui en faisait autant, mais uniquement parce qu'il voulait montrer l'enfant aux assistans et tenait à ne pas quitter la femme avant de l'avoir délivrée. S'il reste quelques morceaux du délivre ils sortiront d'eux-mêmes, dit le même auteur (3). Les accidens, s'il en survenait dépendraient plutôt de l'inflammation, que des portions du placenta laissées dans la matrice.

ART. 2.—Délivrance compliquée.

L'inertie, l'hémorrhagie, les convulsions, les syncopes, la rupture du cordon, les adhérences contre nature, l'enhystement du placenta, son excès de volume, le resserrment spasmodique de l'utérus, sont autant d'accidens qui compliquent quelquefois la délivrance, et qui exigent qu'on en hâte ou qu'on en recule le terme.

Il en est au reste de la délivrance compliquée comme de l'accouchement difficile. Ses proportions avec la délivrance simple varient en quelque sorte selon chaque accoucheur. Smellie (4) veut qu'elle ne se rencontre qu'une fois sur 50 ou 100. M. Merriman (5) dit qu'elle s'est montrée une fois sur 77 dans la pratique des pauvres, et une fois seulement sur 300 dans la sienne propre.

§ I Inertie.

L'inertie de l'utérus après l'accouchement s'observe plus

---

(1) *Traité des accouch.*, etc., in-4°, p. 151.

(2) Ibidem, p. 152.

(3) Ibidem, p. 154.

(4) *De la théorie et de la pratiq. des accouch.* etc., tome I, p. 249.

(5) *Synops. on difficult parturit.* etc., p. 156.

particulièrement chez les femmes languissantes, épuisées par une hémorrhagie ou par la fatigue d'un long travail. On la rencontre aussi à la suite des accouchemens trop prompts, et dans ces différens cas elle réclame des soins particuliers. Son remède est tantôt un peu de bon vin, tantôt quelques alimens légers et analeptiques, d'autres fois le repos; mais il est toujours utile d'exciter la matrice à travers l'hypogastre, de la frictionner, de la presser avec le bout des doigts, de la comprimer même avec une certaine force, alternativement de haut en bas, d'un côté à l'autre, et d'avant en arrière, comme pour la *masser*, afin de l'obliger à revenir sur elle-même. L'agacement du col prescrit par Levret (1) est un moyen à tenter. De La Tourette (2) veut qu'on porte le doigt dans l'anus, et se loue surtout des tractions exercées sur les poils du mont de Vénus.

Les tractions sur le cordon, tentées avant que l'inertie ait cessé, exposeraient au renversement de l'utérus, moins peut-être par suite des adhérences non détruites du placenta, que par la pression directe des viscères abdominaux sur une poche molle et non contractée. Transmises à la surface interne de l'organe gestateur, elles pourraient en outre y appeler le sang et faire naître une hémorrhagie. Il faut donc s'en dispenser, à moins qu'un accident plus grave n'oblige à se comporter autrement. Ainsi, l'inertie de la matrice doit être rangée parmi les complications qui retardent la délivrance. Alors, pour peu qu'elle se prolonge et qu'elle résiste aux moyens indiqués, l'introduction de la main dans l'utérus en est le meilleur remède et doit être aussitôt essayée, de la manière qui sera dite à l'article *hémorrhagie* ou adhérences du placenta. Les injections d'alun, d'eau vinaigrée, le seigle ergoté, employés trois fois avec succès par M. Maurice (3), ne devraient pas lui être préférés, même après la sortie du placenta.

---

(1) *Art des accouch.* 3e édit.

(2) *Art des accouch.* tome II, p. 147.

(3) *Thèse*, n° 49, Paris, 1831.

§ II. Volume de l'arrière-faix.

Le *volume* de l'arrière-faix est, dans certains cas la seule cause qui apporte quelque retard à son expulsion. Mais souvent cet excès de volume est plutôt apparent que réel, et dépend du sang amassé derrière les membranes. J'ai rencontré deux exemples remarquables de ce dernier genre. Dans l'un le placenta, formait une tumeur tellement arrondie et volumineuse au bas du vagin que la sage-femme le prit d'abord pour la tête d'un deuxième enfant. Dans l'autre il pendait en partie hors de la vulve sous la forme d'une grosse masse livide, dont l'accoucheur fut effrayé en la prenant pour un renversement de la matrice. Il paraît au surplus, que cette disposition n'est pas très-rare. Haighton et M. Blundell (1) citent chacun un cas dans lequel des caillots arrêtés dans le vagin par les membranes firent aussi croire à l'existence d'un second fœtus. M. Schmitt (2), qui relate un fait du même genre, dit que la tumeur en imposa également pour une inversion utérine. J'ajouterai toutefois que le placenta offre quelquefois un volume démesuré. L'accouchement de madame D.... m'a donné l'occasion d'en extraire un qui pesait deux livres, et qui avait plus de deux pouces d'épaisseur dans un grand nombre de points. M. Carus parle d'un placenta tellement hypertropié qu'il pesait deux livres et demie. L'enfant, à terme, pesait 4 livres moins un quart. Stein dit en avoir rencontré un de 6 livres et un autre de 3 livres.

Quand le placenta est réellement trop volumineux, des tractions modérées et bien entendues suffisent presque toujours. Sinon, il faut attendre, et la rétraction naturelle de l'utérus finit par en rendre l'extraction facile. Dans le second cas, qui est le plus commun, si les contractions de la matrice et des

---

(1) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 582.

(2) *Bulletin de Férussac*, tome X, p. 558.

efforts exécutés avec ménagement sur la tige omphalo-placentaire sont impuissans, on peut déchirer les membranes, perforer le placenta lui-même avec les doigts, et frayer ainsi une voie aux fluides qu'il retenait à l'intérieur.

On pourrait d'ailleurs soupçonner l'existence de cet état, si on voyait l'utérus conserver un volume plus qu'ordinaire au-dessus des pubis, quoiqu'il ne manquât ni de fermeté ni d'énergie. Si déjà le délivre était dans le vagin, le diagnostic et l'application des moyens convenables seraient trop faciles pour en parler ici plus longuement. Au total, l'excès de volume des annexes de l'enfant forme à peine un accident de la délivrance, à moins toutefois qu'il ne coïncide avec quelque autre complication.

§ III. Resserrement du col.

Je dirai du *resserrement spasmodique de l'orifice*, ce que je viens de dire du volume anormal de l'arrière faix ; ce doit être un accident peu commun. On conçoit difficilement, en effet, qu'une ouverture qui vient de donner passage au fœtus puisse se contracter spasmodiquement au point de s'opposer à la sortie du délivre. Pour admettre un pareil obstacle, il faudrait, ce qui n'est pas, en posséder des exemples bien authentiques. Au surplus, comme il n'est pas dans la nature du spasme de persister, on pourrait, s'il se rencontrait, s'en rapporter au temps, et se contenter d'administrer quelques calmans ou quelques antispasmodiques, selon les cas.

C'est évidemment le *resserrement naturel*, mais *un peu précipité* du col proprement dit, qu'on a qualifié de contraction spasmodique. Sous ce point de vue, c'est une particularité qui mérite qu'on y fasse attention. Lorsque l'accouchement est terminé, le col revient en général plus vite que le corps de l'organe sur lui-même. Si, dans ce cas, on cherche à délivrer la femme avant que le fond ne se soit mis en mesure de vaincre la résistance de l'orifice, le placenta ne franchit ce dernier qu'avec peine, et peut faire croire à la contraction spasmodique. D'ailleurs la

contraction de la partie supérieure du col utérin a pu en imposer; car elle est aussi commune que celle de l'orifice inférieur est rare. On peut même dire, et M. Bardow (1) en convient, que le retard de la délivrance tient le plus souvent à cette cause, la même, après tout, que celle d'un grand nombre d'enchatonnemens du placenta. Le resserrement alors peut, ainsi que madame Boivin (2) a pu le constater sur le cadavre, s'élever jusqu'à deux, trois et quatre pouces au-dessus de l'orifice vaginal, et offrir une résistance que Franck (3) compare à celle d'un cercle de fer. Millot (4) se fonde sans doute aussi sur cette remarque quand il avance que le col, entièrement passif pendant le travail, ne se contracte qu'après l'accouchement.

Une saignée du bras, si la femme est forte, et qu'il y ait des symptômes d'irritation; des injections émollientes ou légèrement narcotiques; la pommade de belladone ou même un bain entier, si elle est très-nerveuse, peu robuste, s'il existe une vive sensibilité aux organes sexuels, et qu'il y ait menace de convulsions ou de perte ; de la patience et quelques douces frictions sur l'hypogastre, s'il ne se manifeste pas d'accidens, tels sont les moyens en y joignant l'opium à l'intérieur, qu'un semblable état peut exiger. Ce n'est que par suite de circonstances pressantes et graves, qu'il est permis de porter les doigts dans le col pour le dilater, pendant qu'avec l'autre main on exerce des tractions sur le cordon. M. Bardow (5) ne trouve lui, que l'hémorrhagie qui puisse autoriser à vaincre mécaniquement la résistance du cercle coarcté.

La rétention du délivre que favorisent, dit M. White (6), les tractions opérées sur les épaules quand la tête du fœtus est sortie, peut d'ailleurs tenir à des causes toutes différentes du resser-

(1) *Bulletin de Férussac,* tome XXI, p. 405.

(2) *Mémorial des accouch.* 3e édit. 1824.

(3) Guillemot, *Arch. gén.* 2e sér. tome II, p. 197.

(4) *Supplém. à tous les traités,* etc., tome I, p. 382.

(5) *Oper. citat.*, p. 405.

(6) Merriman, *synops of diff. parturit.*, etc., p. 153.

rement du col. M. Glasspole (1) parle d'un cas ou le placenta n'était arrêté que par le sommet des membranes, fixées vers le fond de l'utérus non contracté. J'ai vu quelque chose d'analogue chez une femme qui avait reçu les soins de madame Aillot. Le délivre, en grande partie hors de la vulve, était retenu au-dessus du col par le prolongement des enveloppes fœtales roulées en corde. Des tractions ménagées me permirent d'amener le tout, sans rien rompre cependant. Un caillot du volume d'un œuf, arrêté en forme de boule au sommet d'un rouleau membraneux, avait été cause de l'accident. J'ai recueilli depuis deux observations semblables. Il en était probablement de même dans les cas où MM. Ramsbotham et Ingleby (2) ont vu le placenta libre dans le vagin, mais comme pendu vers le col au moyen de prétendues adhérences.

La décoction de sené que M. Fagg (3) donne en lavement pour hâter la délivrance tardive, ne serait utile au surplus que si l'utérus semblait devoir se contracter trop lentement. J'aimerais mieux le bain de pied et les frictions sur les cuisses vantés par Berdot et G. de la Tourette (4).

§ IV. Placenta chatonné.

A. *Mécanisme*. L'enchatonnement, que Solingen appelle *hernie de l'arrière-faix*, n'a pas été compris de la même manière par les différens auteurs qui en ont parlé. Puzos (5), qui l'avait observé, parle d'une niche, d'une poche sur le côté de la matrice, d'une espèce de sac herniaire où le placenta était renfermé. Levret (6) ne l'a observé qu'une fois, et dans un cas où il fut appelé, rue

(1) *Archiv. gén. de méd.*, 2e sér., tome Ier, p. 430.

(2) *On uterin hemmorrh.*, etc., p. 200.

(3) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 259.

(4) *Art des accouch.*, etc., tome I, p. 127.

(5) *Traité des accouch.*, etc., p. 99.

(6) *Accouch. labor.*, p. 129.

St.-Denis, par une sage-femme qui croyait avoir affaire à une déchirure de l'utérus. Suivant cet auteur et Deleurye (1), l'enkystement tient à ce que le point de la matrice qui correspond au placenta reste dans l'inertie, pendant que les autres parties de l'organe se resserrent avec plus ou moins de force après l'accouchement. Simson l'attribue, au contraire, à la simple tendance de l'utérus à reprendre sa forme première, tendance qui fait que l'orifice interne produit bientôt un véritable étranglement au-dessus duquel se trouve renfermé le délivre dans la cavité du corps, comme dans une espèce de cellule, tandis que la cavité du col reste libre au-dessous.

Plessman a reproduit l'idée de Levret, en la modifiant. D'après lui, la matrice doit être bien plus fortement irritée dans les points qui portent directement sur le fœtus, que dans ceux qui ne le touchent qu'à travers le placenta pendant les efforts du travail; d'où il suit que les premiers reviennent plus promptement sur eux-mêmes que les seconds, et que la formation d'une poche séparée pour l'arrière-faix et très-facile à comprendre. Peu (2) semble penser que l'enchatonnement dépend d'une conformation particulière de l'utérus. On trouve des utérus comme double, dit-il (3). La cellule existe presque toujours à droite et renferme souvent le délivre pendant que le fœtus occupe la matrice. Il a rencontré une fois le placenta dans une espèce de bourse (4), une *arrière-boutique* (5) qui, à l'entendre, serait une poche préexistante.

Leroux et Kok laissent entendre qu'il tient le plus souvent à une déchirure de filets nerveux, qui détermine un afflux d'humeurs, et par suite une contraction spasmodique de quelques portions de l'organe. Ailleurs (6), le chirurgien de Dijon

---

(1) *Traité des accouch.*, etc., p. 78.

(2) *Pratiq. des accouch.*, etc., p. 35, 511.

(3) Oper. citat., p. 35.

(4) Oper. citat., p. 508.

(5) Oper. citat., p. 511.

(6) *Observ. sur les pertes*, etc. p. 43.

est entré plus exactement dans la question. Là, il avance formellement que l'enkystement du placenta est dû à ce que la matrice ne se contracte qu'au pourtour du délivre, et que vers les côtés l'absence des fibres charnues rend encore mieux compte du phénomène.

M. Burns (1) admet que le chatonnement du placenta dépend d'un spasme de l'utérus vers le haut du col, mais il combat Douglas, qui attribue ce spasme à de mauvaises manœuvres, notamment aux tractions exercées sur le cordon.

Toutes ces explications peuvent être vraies dans quelques cas particuliers; mais c'est la théorie de Simson que Baudelocque préfère. Desormeaux, d'après un fait cité par Meyfeld (2) et dans lequel on voit que le cordon va se rendre dans une cellule à part où se trouve le placenta, ne paraît pas éloigné d'adopter, au moins en partie, la manière de voir de Levret et de Plessmann.

L'enkystement est le résultat du resserrement inégal de l'utérus après la sortie du fœtus; mais je ne crois pas que ce resserrement puisse trouver une explication générale et satisfaisante dans les hypothèses de Simson, de Levret, etc. La contraction a lieu immédiatement au-dessous du cercle placentaire, ou sur la racine du cordon. Dans quelques cas aussi elle porte sur quelques parties peu consistantes ou amincies et roulées en cylindre du placenta, de manière à ce que l'utérus soit comme divisé en plusieurs cavernes contenant chacun une portion du délivre. Tous les faits connus s'accordent avec cette idée. Dans le cas indiqué par Burton (3), le cordon, qui avait été rompu, se trouvait comme étranglé à sa racine par une ouverture qui admettait à peine le doigt. Denys (4), qui explique aussi cet accident par les contractions inégales de la matrice, dit que la main finit par rencontrer

---

(1) *Principl. of midwif*, etc, p. 505.

(2) En 1732.

(3) *Nouv. syst. des accouch.*, p, 240.

(4) V. Swiéten, *Aphor. chir*, etc., tome VII, p. 4?1.

un trou pour le passage de l'indicateur, et par entrer dans une cavité où était le placenta. On conçoit ainsi que l'utérus paraisse le plus souvent étranglé à la manière d'une gourde ou d'une calebasse au-dessus de son col, comme dans le *hour glass* des Anglais et comme on le voit dans l'exemple de Simson, dans un de ceux de Girard (1) et comme je l'ai rencontré une fois de mon côté.

Les cas de *resserrement multiple* ne sont pas plus difficiles à comprendre et sont d'ailleurs loin d'être rares. Chez une femme près de laquelle me fit appeler madame Bevalet, l'orifice interne du col ne m'opposa qu'une faible résistance, tandis qu'un peu plus haut je trouvai un resserrement très-prononcé, et qu'après avoir pénétré dans une cavité située à gauche de la matrice, cavité qui contenait une grande partie du placenta, je fus obligé de traverser encore un rétrécissement pour arriver dans le fond et à droite de cet organe, où était arrêtée l'autre portion du délivre. Sur une autre femme, morte à l'hospice de l'École, j'ai trouvé l'utérus tellement moulé sur le placenta, que sa cavité était comme divisée en cinq cellules peu profondes, qui dépendaient évidemment de la saillie formée par les cotylédons placentaires correspondans. Si le délivre était solide et régulier comme la tête, la matrice, en se rétractant, conserverait nécessairement la forme d'une ampoule; mais en se détachant, les cotylédons peuvent s'isoler et le placenta dès-lors offrir plus de résistance dans quelques points que dans d'autres. L'utérus en pareil cas ne tarde pas à se diviser en plusieurs loges, à former divers compartimens plus ou moins distincts les uns des autres, de même qu'on le voit s'accommoder à la forme de la tête, de l'épaule, de la poitrine, du pelvis et de toutes les parties saillantes ou resserrées du fœtus après la sortie du liquide amniotique. Quel est l'accoucheur, un peu exercé d'ailleurs, qui n'a pas eu occasion de remarquer à travers les parois abdominales que l'utérus est quelquefois bosselé, plus ou moins inégal ou al-

---

(1) *Journal gén.*, tome XLVIII, p. 271.

longé, et non pas seulement globuleux ou arrondi, comme on l'indique généralement?

Chez une femme que j'ai délivrée avec l'assistance de M. Guillemot, il ne fut pas possible de se guider sur le cordon, parce qu'il s'était détaché à sa racine même, et avait entraîné l'amnios en totalité. La cavité du col était souple. Plus haut, je traversai un cercle modérément serré et arrivai sur une portion du placenta dans un kyste que je pris d'abord pour la cavité utérine. La main gauche, appliquée sur l'hypogastre, sentait la matrice comme divisée en deux tumeurs, dont une s'étendait vers le flanc droit. Je finis par entrer dans un second cercle dirigé à droite, puis dans la caverne qui contenait la principale portion du placenta qu'il me fut dès-lors facile de détacher et d'extraire. Wigand (1) dit aussi avoir trouvé un placenta avec deux étranglemens de la matrice.

Ainsi, le kyste peut être formé par le fond de l'utérus, comme l'entendaient Simson et Baudelocque, et alors l'organe se rapproche plus ou moins de la forme d'une calebasse. Tantôt, au contraire, il se trouve sur le côté, comme l'ont observé Levret et Barbaut (2) qui en cite trois exemples, ou en avant, comme chez les malades observés par Agasse (3) et Saucerotte (4), ou en arrière, et vers des points plus ou moins élevés. Le Roux (5) dit que, dans un cas, le placenta était comme encadré au fond de la matrice. M. Herbin (6) a dû se méprendre, quand il a cru que l'arrière-faix était enchatonné dans la trompe chez une femme qu'il fut obligé de délivrer artificiellement. M. Devergie (7) me paraît avoir commis la même erreur. Tout porte à croire que dans ces deux cas le placenta était simplement enkysté vers l'angle de la matrice

---

(1) *Journal gén. de méd.*, etc., tome I, p. 158.

(2) *Cours d'accouch.*, etc., p. 113.

(3) *Journal de méd.*, 1760.

(4) *Ibid.* 26, p. 267.

(5) *Oberv. sur les pertes de sang*, etc.

(6) *Thèse*, Montp. an XII.

(7) Guillemot, *Journal hebdom. univ.*, tome IV, p. 180.

où il était inséré d'avance. Il est même possible que toute la portion de l'organe étrangère au kyste soit en même temps dans le relâchement le plus complet. L'exemple qu'en rapporte M. Herbin (1) est remarquable en ce que cette portion s'était renversée et faisait saillie dans le vagin. Girard (2) dit que dans un cas de ce genre, l'accoucheur prit la moitié relâchée de l'utérus pour le placenta et eut le courage de l'arracher. Madame De Lunel (3) qui, comme le remarque M. Guillemot (4), semble avoir bien compris le mécanisme de l'enchatonnement du placenta, l'a observé dans un cas de grossesse multiple. Au premier délivre il n'y avait point encore de collet; ce n'est que plus tard, quand elle voulut aller au second enfant, qu'elle en sentit un se former.

Le placenta peut d'ailleurs être contenu tout entier, ou seulement en partie dans la cellule accidentelle. Il est quelquefois étranglé par le cercle du kyste; de façon qu'une de ses portions reste libre dans le col, tandis que l'autre est en quelque sorte emprisonnée au-dessus, dans une ou plusieurs cellules du corps et du fond. En conséquence, on peut admettre, comme le propose M. Guillemot, un *enkystement complet* pour les cas où le placenta est absolument renfermé dans la cellule utérine, et un *enkystement incomplet* pour le cas de placenta simplement encadré. Seulement, je crois qu'il faudrait y ajouter le *chatonnement multiloculaire*.

B. Signes et traitement. Il suffit de comprendre ce qui vient d'être dit de l'enchatonnement pour deviner les signes d'un pareil accident. Les soins qu'il réclame diffèrent selon qu'il existe ou n'existe pas en même temps d'autres complications. Dans ce dernier cas, les contractions de la matrice abandonnée à elle-même le font ordinairement disparaître. On les sollicite à l'aide de frictions sur l'hypogastre et de tractions méthodiques exercées sur le cordon.

---

(1) Thèse citée.

(2) *Journal gén.*, tome XLVIII, p. 272.

(3) *Journal de méd.*, tome II, juillet 1766, p. 67.

(4) *Journal hebdom. univ.*, tome IV, p. 165.

En somme, on ne doit rien brusquer, il faut attendre. Dans le chatonnement ou la contraction spasmodiques, Hamilton (1) ne trouve rien de préférable à quarante ou cinquante gouttes de teinture d'opium. S'il y a menace d'hémorrhagie, de convulsions, ou que le bien-être de la femme se trouve compromis d'une manière quelconque, on se hâte d'agir, au contraire. On introduit les doigts l'un après l'autre, dans le collet du kyste qu'on dilate avec lenteur et précaution, qu'on traverse ensuite avec la main toute entière pour aller saisir le placenta. S'il existe une seconde ouverture, on en fait autant que pour la première. Dans tous les cas, le cordon est un guide sûr pour arriver au délivre, qu'on détache, qu'on isole, en glissant les doigts à plat entre lui et l'utérus, et qu'on entraîne enfin, en le poussant avec la face palmaire de la main jusque dans le haut du vagin. Une remarque qui n'a point échappé à Grantz (2), et que j'ai eu l'occasion de faire aussi, c'est que la douleur causée par l'introduction de la main dans la portion de l'utérus restée souple, fait quelquefois cesser l'enchatonnement. Cela tient à ce que le kyste, entrant alors en contraction, ouvre lui-même le cercle qui emprisonne le délivre, comme le corps de la matrice dilate son col au moment du travail. Si le placenta n'était que partiellement enkysté, on pourrait, après avoir dilaté l'orifice du chaton, se dispenser de pénétrer plus loin, le saisir avec les doigts, et en faire immédiatement l'extraction. Mais il est, en général, et plus sûr et plus prompt d'aller jusque dans le kyste lui-même; c'est le seul moyen de reconnaître exactement l'état des parties. Dans un cas de chatonnement, M. Sazie (3) dit avoir trouvé le placenta plissé et comme étranglé dans sa partie moyenne. Une tumeur polypeuse, du volume d'une moitié de tête d'enfant, occupait le fond du kyste. Bien entendu que pendant cette manœuvre la main qui reste à l'exté-

(1) *Outlines of midwif*, etc p. 223.

(2) V. Swieten, *Aphor. de chir.*, tome VII, p. 415.

(3) *Archiv gén. de méd.*, 2e sér., tome III, p. 288.

rieur soutient le fond de la matrice, l'incline même, et tend à l'abaisser vers celle qui est à l'intérieur.

§ V. Rupture du cordon.

La *rupture du cordon* ne complique, par elle-même, la délivrance qu'en ce qu'elle rend impossibles les tractions d'usage. On la prévient en cessant de tirer aussitôt qu'elle devient imminente; mais on ne peut y remédier qu'en allant chercher le placenta avec la main. Tant qu'il n'y a rien à craindre pour l'accouchée, on doit s'en remettre à l'organisme. Elle a particulièrement lieu, quand le cordon s'insère aux environs de la circonférence placentaire, ou que ses vaisseaux se séparent trop tôt et s'isolent de manière à simuler les rayons d'un parasol en arrivant au placenta, comme M. Benckiser (1) en emprunte deux nouveaux exemples à M. Tiédeman. Dans le premier cas, les efforts se concentrent presqu'en entier sur la racine du cordon, qui cède avant de les avoir transmis à l'arrière-faix. Dans le second, les vaisseaux n'ont plus la même force que s'ils étaient réunis. De plus, les tractions ne pouvant pas porter également sur tous, les déchirent très-facilement l'un après l'autre.

Cette rupture, au surplus, peut avoir été causée par la sortie même du fœtus. Si le cordon est trop court, s'il forme des circulaires sur le cou, la poitrine ou quelque autre partie du corps, l'expulsion un peu brusque de l'enfant peut en amener la rupture du côté du placenta comme vers l'ombilic. Cette rupture s'étendait jusqu'au péritoine, dit De La Motte (2), chez une femme qui était accouchée debout. C'est un accident qui arrive assez fréquemment, quand la femme accouche rapidement et sans se mettre au lit. Dans l'exemple qu'en rapporte Canole (3) il y eut en même temps inversion utérine, et la malade

---

(1) *Dissert. inaugurale*, etc. p. 11.

(2) *Traité compl. des accouch.*, etc., p. 847, obs. 439.

(3) *Journal gén.*, tome IV, p. 40.

mourut presque subitement. MM. Repiquet, Dupasquier de Lyon (1), Meirieu (2), qui en ont publié chacun une observation, annoncent au contraire qu'il n'en est résulté aucun danger, même pour l'enfant, car il n'y eut point d'hémorrhagie. M. Colombe (3) dit aussi avoir été témoin d'une rupture du cordon, par suite de la sortie trop brusque de l'enfant, et qu'il n'en résulta aucun accident. Quelqu'en soit la cause après tout, il ne faut pas hésiter à pénétrer jusqu'au délivre avec la main si la rupture du cordon s'accompagne du moindre accident susceptible de devenir grave.

§ VI. Adhérences.

L'adhérence morbide, ou contre nature, du placenta, est totale ou partielle, légère ou intime.

A. Causes et signes.

Les anciens, Smellie et d'autres, la rapportent aux squirrhosités de la matrice ou du délivre. Beaucoup de modernes ont mieux aimé l'attribuer à l'inflammation. Mais, d'un côté comme de l'autre, on manque de preuves. J'ai vu le placenta dur, épais, jaunâtre, ayant perdu son aspect spongieux tantôt sur quelques points, tantôt dans toute l'étendue de sa surface utérine. Je l'ai vu rempli de masses homogènes, grosses comme des noix ou des œufs de perdrix, dures, élastiques. Au lieu d'être plus fortes, ses adhérences, étaient, au contraire, sensiblement moindres dans ces divers cas. Quoique rugueuse et bosselée, sa surface était lisse et ne présentait aucune trace de déchirures. J'ai rencontré (4) aussi cette dégénérescence jaunâtre, ces *placentas gras*, comme on les appelle, et presque toutes les altérations indi-

---

(1) *Journal univ.*, tome XXII, p. 237.
(2) Ibid., tome XXX, p. 216.
(3) *Thèse de Concours*, p. 16.
(4) Voyez l'art. *Avortem.*, tome I de cet ouvrage.

quées par M. Brachet (1) de Lyon et M. Gendrin (2); mais, comme Desormeaux, je n'ai point remarqué qu'il en soit résulté d'adhérence contre nature. Je n'ai point vu, d'ailleurs, dans les auteurs, que des squirrhes aient été observés dans la matrice justement à l'endroit où les adhérences morbides existaient, et tout le monde sait que le placenta contracte une union en général moins intime avec les tumeurs fibreuses sur lesquelles il s'est quelquefois greffé et développé, qu'avec l'utérus lui-même. A. Paré (3), qui proteste avoir trouvé du sable dans un délivre, et Benedetti (4) qui prétend avoir observé des vers entre la matrice et le placenta, ne parlent d'aucune adhérence à cette occasion. Il en est de même de Puzos (5), qui dit avoir trouvé des dépôts salins ou pierreux, des dépôts bilieux même à la surface externe du placenta.

Pour ce qui est de l'inflammation, on peut l'admettre comme cause probable, dans un certain nombre de cas; par exemple, quand, à la suite d'un coup porté sur le ventre, on voit une douleur sourde et de la chaleur se maintenir pendant quelques semaines dans le point correspondant de la matrice, et les adhérences du placenta exister en effet à l'époque de l'accouchement; mais souvent ces phénomènes persistent pendant tout le cours de la grossesse, sans qu'il survienne d'adhérence, et plus souvent encore on rencontre des adhérences sans avoir observé de pareils symptômes. En outre, on sait que l'inflammation des membranes muqueuses a pour caractère spécial d'augmenter leur sécrétion, et de ne se terminer que très rarement par l'adhésion de leur surface aux corps qui les touchent. La prudence veut donc qu'on attende de

---

(1) *Journal univ.*, tome XLVIX, p. 100.

(2) *Journal gén. de méd.*, etc., tome CIII, p. 25.

(3) *Œuvres complètes*, etc., chap. XXXVI, p. 715.

(4) *Journal gén.*, tome XLV, p. 331.

(5) *Traité des accouch.*, etc., p. 156.

nouvelles recherches avant de se prononcer sur ce point de pathologie.

Quand l'adhérence est partielle, elle occupe tantôt un point, d'autres fois la totalité de la circonférence du placenta. Tantôt, au contraire, les bords de ce gâteau sont libres, et c'est par son milieu, par un ou plusieurs points de sa surface, qu'il adhère à l'utérus. Quand elle est générale, ce qu'on observe plus rarement, mais ce qui a été vu néanmoins par plusieurs praticiens, par Desormeaux en particulier, elle offre, ainsi que dans le cas précédent, divers degrés. Quelquefois on parvient à la détruire par de simples tractions sur le cordon, sans être obligé de pénétrer dans l'utérus. D'autres fois elle est tellement forte que les tissus semblent être confondus, et qu'il serait impossible d'en triompher sans déchirer les parties.

Signes. Je ne dirai pas, avec Desormeaux, que l'on *reconnaît*, mais bien que l'on *soupçonne*, ou que l'on est en droit de soupçonner une adhérence morbide du délivre, lorsque, malgré les contractions répétées, la dureté, la forme globuleuse de l'utérus, on sent, en portant le doigt à travers le col, que le placenta ne vient pas s'y présenter et ne cède pas aux tractions convenablement exercées sur le cordon. En se rappelant, outre ce qui a été dit précédemmeut, que l'adhérence morbide est extrêmement rare, on devra ne pas la confondre avec les cas où l'extraction des secondines est rendue difficile par quelque autre cause.

B. Traitement.

Deux pratiques fort différentes ont été suivies par les accoucheurs à l'occasion de l'adhérence pathologique du placenta. Les uns veulent qu'on l'abandonne entièrement aux efforts de la nature. Les autres, au contraire, prétendent qu'on ne peut trop s'empresser de la détruire. D'un côté, on a pensé qu'en laissant séjourner indéfiniment le délivre dans l'utérus, on expose la femme à l'hémorrhagie, aux convul-

sions ; qu'en se décomposant, qu'en se putréfiant, ce corps doit réagir d'une manière fâcheuse sur l'organisme tout entier, sur les organes génitaux et le péritoine en particulier, et faire naître une fièvre de mauvaise nature. De l'autre, on a soutenu que de tels accidens sont bien plus l'effet de manœuvres intempestives que de la présence prolongée du placenta. Haller, Sandifort, M. de Saint-Amand, ont rapporté des cas de matrices déchirées, enflammées, gangrénées à la suite d'efforts pour détruire de prétendues adhérences contre nature. On a vu le délivre rester deux, quatre, six, huit, quinze, trente jours et même des mois dans les organes génitaux, sans produire le moindre accident. S'il se putréfie, les lochies l'entraînent par lambeaux, et à l'aide d'injections il est toujours facile d'en prévenir l'absorption. Enfin les dangers qui semblent devoir suivre son décollement forcé ont paru beaucoup plus graves que ceux que peut entraîner sa rétention plus ou moins prolongée. Aussi voit-on Jacobs (1) insister pour que les sages-femmes ne se pressent pas trop d'opérer la délivrance, et pour qu'on s'en rapporte à la nature, même dans les cas d'hémorrhagie, lorsque l'extraction du placenta présente quelque difficulté.

Si le placenta reste quelquefois plusieurs jours dans la matrice sans causer d'accidens, très fréquemment il en fait aussi naître de fort graves. On l'a vu conduire les femmes au bord de la tombe, et tous les accidens disparaître comme par enchantement aussitôt après son expulsion. S'il en fallait de nouvelles preuves, je renverrais le lecteur aux deux observations publiées par M. Goupil (2), et j'invoquerais celles que j'ai pu recueillir moi-même.

Adhérent ou non, le placenta ne doit être laissé ni en totalité ni en partie dans l'utérus que s'il n'est pas possible de l'en extraire. Denman (3), qui dit l'avoir vu ne sortir qu'au

---

(1) *École pratiq. des accouch.*, etc., in-4°, p. 126.

(2) *Nouvelle Bibl. méd.*, tome IX, p. 72.

(3) *Introduct. à la pratiq.*, etc., tome II, p. 402.

bout de quinze jours, sans qu'il en soit résulté d'accidens, n'en remarque pas moins que dans d'autres cas la mort en a été la suite. Barbaut (1) lui-même parle d'une dame qui mourut ainsi le douzième jour. White (2) rapporte des exemples qui ne laissent aucun doute sur ce point, et Kok (3), de Bruxelles, établit aussi par des faits que le séjour prolongé du placenta expose à l'hémorrhagie, à la fièvre putride et à la mort. M. Burns (4) tient le même langage. Aussi se garde-t-il de quitter la femme avant de l'avoir complètement délivrée, et va-t-il chercher avec la main ce qui peut rester de l'arrière-faix, si le tout n'est pas sorti au bout d'une heure. Laissé jusqu'au huitième jour dans un cas, et jusqu'au quinzième dans un autre, il causa la mort de deux femmes dont Perfect (5) rapporte l'observation. M. Ingleby (6), qui combat les partisans de la délivrance trop prompte, n'en admet pas moins qu'une portion de délivre restée dans la matrice est une circonstance toujours fâcheuse et souvent funeste. Il rapporte (7) même l'observation d'une femme qui mourut ainsi au quinzième jour de sa couche. Osiander (8), qui parle d'un cas d'avortement où le placenta ne fut expulsé que soixante-cinq jours après la sortie du fœtus, dans un état parfait de conservation, n'a point empêché M. Kilian (9), son compatriote, de soutenir que si une heure après la sortie du fœtus le placenta n'est pas expulsé, il faut songer à l'extraire, et que si des accidens quelconques se déclaraient seulement une demi-heure après la sortie de l'enfant, il faudrait opérer sans délai.

---

(1) *Cours d'accouch.*, tome II, p. 123.

(2) Burns, *Princip. of midwif.* etc., p. 507, et p. 370.

(3) *Soc. méd. d'Émul.* tome I, p. 591.

(4) Oper. citat., p. 370.

(5) *Cases in midwif.*, etc., vol. II, p. 381, 390.

(6) *On uterin hemmorrag.*, etc., p. 205.

(7) *Ibidem*, p. 202.

(8) Kilian, *Die operat. Geburtshülfe*, p. 90.

(9) Oper. citat., p. 903, 914.

M. Emery (1) a communiqué, le 25 juin 1827, à l'Académie de Médecine, des faits également propres à confirmer cette doctrine. La femme d'un médecin en était au septième jour de sa couche, lorsque M. Evrat fut appelé et la délivra. Elle mourut. Chez une autre, la perte ne cessa au bout de dix-huit heures que par suite de l'extraction du placenta. Chez une troisième, il survint une fièvre putride du sixième au septième jour, et la mort en fut la suite. La même chose a été observée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Guénau de Mussy (2). La femme, qui était dans l'adynamie lorsque le placenta fut extrait le sixième jour, mourut le dix-neuvième. Il y avait du pus dans les trompes et l'utérus, dont le sinus étaient comme putrilagineux. J'en ai moi-même rencontré un exemple qui ne me permettra pas à l'avenir d'imiter Barbaut (3), de laisser sciemment une portion du placenta dans la matrice.

Une dame, dont la première couche avait été pénible par suite d'une mauvaise position de l'enfant, et qui, dans le cours de sa seconde grossesse, n'avait joui que d'une santé inquiétante, accoucha cependant cette fois sans secours. Le cordon était grêle et divergeant en approchant de sa racine. Le placenta, qui était mince, pâle et à cotylédons séparés, ne vint qu'avec difficulté. Il me parut bien qu'une de ses portions était restée dans la cavité utérine. Des douleurs violentes survinrent dès le lendemain, puis se calmèrent en partie pour revenir au bout de quelques heures. Après la fièvre de lait, il y eut menace de convulsions et de péritonite. On finit par sentir dans le col une masse solide, qui ne put être extraite que le huitième jour. Les accidens cessèrent du côté des organes génitaux; mais des symptômes de ramollissement cérébral les remplacèrent, et mirent la malade dans le plus imminent danger. Une femme ne fut délivrée qu'au

---

(1) *Lancette fr.*, tome II, p. 11.

(2) Montault, *Clin. des hôpitaux*, tome III, p. 364.

(3) *Cours d'accouch.*, etc., tome II, p. 119.

bout de quinze jours, dit Morlanne (1); mais elle resta en proie à divers accidens jusque là. Chez une autre, le placenta ne sortit qu'ou bout de trois mois, mais les pertes avaient continué jusqu'alors.

La meilleure pratique, selon moi, est donc celle qui consiste à porter la main dans la matrice, plutôt que d'y laisser des portions de délivre, et, dans tous les cas, à retirer ces portions le plus tôt possible. Je sais que des morceaux de placenta ont été abandonnés ainsi chez plusieurs femmes. Smellie (2) en cite déjà des exemples. Il en est de même de Pasta (3). Bouquenod (4) a vu la délivrance ne s'effectuer qu'au bout d'un mois, sans danger. Guillemeau (5) parle lui-même d'une portion d'arrière-faix qui n'empêcha point la conception de se faire au bout de quatre mois, ni l'accouchement d'aller à terme. On voit aussi dans la Revue médicale (6) que le placenta retenu par suite de la rupture du cordon ne fut expulsé qu'après quatre mois de séjour et à l'occasion d'une légère hémorrhagie. La fécondation s'étant effectuée malgré sa présence, le placenta d'un avortement antérieur ne fut expulsé au bout de plusieurs mois qu'après le nouvel œuf chez une dame observée par M. Pirondi (7). Mais ce ne sont là que des exceptions heureuses sur lesquelles il ne faut pas plus compter que sur les cas d'absorption dont il sera question plus bas.

Comme corps étranger, le placenta irrite la matrice, y appelle le sang, est une cause continuelle de pertes, d'accidens nerveux et de douleurs de tous genres. L'âcreté qu'il contracte en se putréfiant et l'odeur qu'il répand ne peuvent

---

(1) *Journal gén.*, tome I, p, 45, 339.

(2) *Théorie et pratiq.*, tome I, p. 249, tome II, p. 443, 444.

(3) *Pertes*, etc., et Crozat, *Thèse*, Montpellier, juillet 1809.

(4) Lacroix, *Thèse*, Montpellier, juillet 1812.

(5) *Œuvres compl.*, in-folio, etc., p. 344.

(6) 1829, tome IV, p. 303.

(7) *Gaz. méd.* de Paris, 1834, p. 654.

pas être indifférentes pour la plupart des femmes. La sanie, le putrilage, qui résultent de sa décomposition, ne resteront point en contact avec l'intérieur de l'utérus sans pénétrer, par imbibition ou par absorption, en plus ou moins grande partie dans les veines de cet organe. S'il est arrivé que la main, portée dans la matrice, ait quelquefois déchiré les parties de la femme au lieu de décoller le placenta, c'est à la maladresse de l'accoucheur, et non à l'opération en elle-même, qu'il faut s'en prendre. D'ailleurs, il ne s'agit pas d'arracher, de détruire, bon gré, mal gré, des adhérences intimes, de *décortiquer* le placenta comme le faisaient les anciens, mais bien seulement de le séparer avec précaution et de l'extraire toutes les fois qu'on le peut, sans dilacérer la matrice. En cela, je partage l'avis de Duchâteau (1). A moins que l'accouchement ne soit terminé depuis long-temps, on aurait tort de croire que l'introduction de la main doive être très douloureuse et irriter beaucoup la matrice. Est-il raisonnable de redouter le frottement modéré des doigts, de douces tractions exercés avec la main sur un organe qui s'est contracté sans inconvéniens pendant plusieurs heures et avec tant de violence auparavant? Sur cent soixante-trois femmes délivrées artificiellement, E. Buk (2) ne cite que six cas malheureux, tandis que de trente-cinq qui furent abandonnées à la nature, il en mourut trente. M. Riecke (3) dit, de son côté, qu'on eut soixante-deux morts seulement sur cinq cent soixante-huit extractions forcées, tandis qu'il en indique vingt-neuf sur trente-deux cas abandonnés à la nature. M. Ulsamer (4) dit aussi que la mort a lieu une fois sur treize, quand on délivre, et une fois sur deux dans le cas contraire. Enfin, M. Meissner (5) prétend n'avoir perdu que quatre femmes, déjà épuisées par des pertes, sur cent dix-huit qu'il a délivrées.

(1) *Thèse*, n° 101, Paris, 1813.

(2) Deubel, *Thèse*, Strasb. 1834, p. 76.

(3) *Relevé des accouch. effectués* dans le Wurtemb., etc.

(4) Deubel, oper. citat., p. 77.

(5) *Ibidem*.

C. Manuel opératoire.

Si le cordon est conservé, on le saisit et on fait sur lui des tractions comme il a été indiqué en parlant de la délivrance simple. Lorsqu'il est rompu, on tâche d'accrocher une portion du placenta lui-même. Levret, Baudelocque et tous les modernes ont beaucoup insisté sur la nécessité de tirer le cordon perpendiculairement au plan du placenta. A cet égard, on s'est servi d'une comparaison qui fait image. Si vous tirez une feuille de papier mouillé parallèlement au plan sur lequel elle se trouve appliquée, vous la déchirerez et vous ne la décollerez pas, dit Levret; mais si vous la saisissez par un de ses bords, et que vous la renversiez sur elle-même, vous la détacherez facilement sans la rompre. Selon cet auteur, il faut d'abord tâcher de s'assurer du lieu qu'occupe le placenta, attendu que, s'il est en avant, on ne changera rien à ce qui a été dit de la poulie de renvoi, tandis que cette poulie deviendra inutile si le placenta est inséré en arrière, et qu'on devra la porter à droite ou à gauche, s'il est fixé latéralement.

Ce raisonnement serait fort juste sans doute, si on manœuvrait dans un espace libre, si le placenta n'était que plaqué contre les parois de la matrice fortement distendue; mais on semble avoir perdu de vue que les doigts ne soutiennent le cordon qu'au-dessous du col; que le délivre touche les parois de l'utérus et par sa face spongieuse et par sa face membraneuse; que, de quelque manière qu'on s'y prenne, le cordon sera toujours parallèle et non perpendiculaire au grand diamètre de la matrice, depuis son insertion jusqu'à ce qu'il ait traversé l'orifice de cet organe; qu'en le repoussant avec force, comme on le conseille, en arrière, en avant ou de côté, on l'oblige à frotter, à glisser sur le point correspondant du col, comme sur la gorge d'une poulie, sans que cela puisse changer en rien sa direction par rapport au placenta lui-même. Il est donc tout aussi bon, et même meilleur, de placer les trois doigts de manière qu'en agissant tout à la fois comme un levier et comme une poulie, ils puissent entraîner le cordon et

le reste du délivre dans l'axe longitudinal de la matrice ; mais comme cet axe peut varier, s'écarter plus ou moins de celui du détroit, en se portant en avant, à droite ou à gauche, rester droit ou se courber en arc de cercle, ou même en zigzag, selon la position, la forme et la direction qu'affecte la matrice, il n'en sera pas moins nécessaire de diriger les tractions tantôt plus, tantôt moins en arrière ou de côté, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer en parlant de la délivrance naturelle. C'est seulement après avoir vainement employé ces tractions avec toute la prudence désirable, ou quand le cordon ne peut plus les supporter, qu'on va directement à la recherche de l'arrière-faix. Pour peu que la tige ombilicale tienne encore, on s'en sert comme d'un guide. Lorsqu'elle est complètement séparée, la main distingue le délivre à sa mollesse plus grande, à ses inégalités, si c'est sur sa surface externe que l'on tombe ; à son aspect lisse et glissant, aux ramifications vasculaires qui le couvrent, si c'est sur sa face interne ; et, dans tous les cas, à la sensation moins vive éprouvée par la femme au moment où les doigts portent sur lui, que quand ils appuient immédiatement sur la matrice. Cette exploration n'est pas, en général, fort embarrassante pour une personne exercée ; mais, en la négligeant, il ne serait pas impossible de confondre les saillies que présente quelquefois l'intérieur de l'utérus, quand il s'est inégalement contracté, avec des reliefs du placenta, et, pour des mains ignorantes ou maladroites, cette méprise serait dangereuse.

Le placenta une fois reconnu, on tâche de le saisir par quelque point de son pourtour, s'il y en a un qui ne soit pas adhérent. Ensuite on le décolle en le renversant sur sa face membraneuse, ou bien on suit le conseil de Portal et de Baudelocque, on glisse à plat l'extrémité des doigts entre lui et la matrice. Puis, par des mouvemens bien ménagés de *va-et-vient*, on le détache graduellement de la même manière qu'on sépare une écorce d'orange, ou deux feuilles de papier légèrement collées ensemble. Quand l'adhérence est générale, la main, disposée comme précédemment, glisse d'abord sur la face externe de quelque point des membranes. On la conduit ensuite, par de-

grés, jusqu'à la circonférence du gâteau placentaire. Arrivée là, elle doit agir comme il vient d'être dit. Si la circonférence seule avait contracté des adhérences morbides, comme Leroux (1) semble l'avoir observé, et que la partie moyenne du délivre fût déprimée par le sang, ainsi que Baudelocque dit l'avoir rencontré, on pourrait, à l'instar du premier de ces accoucheurs, pénétrer à travers le centre du placenta, et se conduire pour le reste comme dans les autres cas. Sa séparation opérée, la main l'entraîne en le poussant devant elle. On fait en sorte de n'en point laisser derrière, et d'extraire en même temps tous les caillots que peut renfermer l'utérus.

En se comportant ainsi, il est excessivement rare que les adhérences ne puissent pas être détruites sans danger. Cependant elles sont parfois tellement solides, qu'il devient tout-à-fait impossible de les faire céder. Dans ce cas, on se conduit comme Smellie et Levret, on détruit les adhérences sur tous les points où elles ne sont pas trop intimes, on déchire et on entraîne tout ce qu'on a pu décoller, et le reste est abandonné aux ressources de la nature. Mesnard (2), qui porte la main avec tant de liberté dans la matrice, se comportait ainsi et blâme avec force les *fouillemens* auxquels se livrent alors les personnes qui ne veulent pas laisser la moindre parcelle de placenta dans l'utérus. C'est à ce point seulement que la décortication est permise, et il serait extrêmement dangereux de s'obstiner à vouloir tout enlever, et ne rien laisser absolument dans les organes de la femme.

Lorsqu'il ne s'agit que d'une portion de l'arrière-faix, on s'y prend de la même façon. Si le col est encore souple et large, si l'accouchement n'est terminé que depuis peu de temps, le mieux est de porter la main entière jusque dans la matrice. Comme plus tard, le corps étranger s'engage presque toujours plus ou moins dans le col, il suffit alors de la faire entrer dans le vagin et que les doigts puissent parcourir l'in-

---

(1) *Observat. sur les pertes de sang*, etc, p. 39.

(2) *Le Guide des accouch.*, p. 318.

térieur du col jusqu'à l'entrée de la cavité utérine. Il faudrait, toutefois, ne pas s'en laisser imposer par une production morbide ni par une irrégularité du col. Après une délivrance dont l'accoucheur n'avait pas été témoin, il survint des accidens qu'on attribue à une masse saillante dans le vagin, et qu'on prend pour le délivre. M. Deneux (1) lie cette masse et l'excise : c'était un polype, et la femme a succombé. Appelé près d'une femme primipare, accouchée depuis huit jours, M. Bréon trouva que l'utérus était rempli par une énorme masse ; cependant la sage-femme assurait que la délivrance avait été complète. Quelques jours plus tard, il en sortit une tumeur du volume d'une forte tête de fœtus, que j'ai pu examiner et qui était de nature fibreuse. Quand la rétention du placenta se complique d'hémorrhagie, Pitschafft (2) veut qu'on ait recours au borax avec l'oléosacharum de valérianne. Huffeland (3) conseille alors des lavemens avec l'antimoine et l'hydrochlorate de soude ou la succion des seins.

Si cependant il n'était pas possible de nettoyer la matrice, ou que, par une cause quelconque, une portion du délivre y fût restée, voici les voies de guérison que l'organisme s'est ménagé et les soins que réclame la femme.

Tantôt la portion de placenta qu'on n'a pu décoller se sépare d'elle-même au bout de quelques jours et sort avec les caillots. Tantôt elle se décompose et s'échappe avec les lochies. D'autres fois elle n'est rendue qu'après un temps considérable. Smellie (4) avance qu'une de ses malades ne l'expulsa qu'au bout de deux mois, et qu'elle était dure et toute desséchée. Kerkring (5) en cite une autre qui ne la rendit qu'à la fin du huitième mois. Le placenta entier ne fut rendu que le septième jour chez une malade de Barbaut (6). M. Prost a rapporté

(1) *Lancette fr.*, tome II, p. 11.

(2) Deubel, *Thèse*, Strasb. 1834, p. 19.

(3) Ibid.

(4) *Traduct.* de Preville.

(5) *Thèses* de Haller, ext. tome II.

(6) *Cours d'accouch.*, tome II, p. 123.

deux faits non moins remarquables (1). Dans l'un, le délivre ne fut expulsé que le cent troisième jour, et dans l'autre que huit mois et demi après l'accouchement. A la suite d'une première grossesse, des portions de placenta furent rendues au bout de quatre, de six et de huit mois, puis une nouvelle grossesse eut lieu chez une femme dont parle M. Shorland (2). Dans un cas de fausse couche à deux mois observée par mademoiselle Laugel (3), il n'y eut ni délivrance, ni accidens. Une nouvelle grossesse survint. Un délivre flétri, comme étranglé par le col, et qu'on avait senti dans le haut du vagin, fut expulsé plus tard avec le second œuf.

On a soin de porter les doigts dans le vagin de temps à autre, pour voir si le corps étranger ne s'est pas détaché, et l'extraire dès qu'il cherche à s'engager dans le col. En cas que les doigts ne pussent pas le saisir, on pourrait recourir à la pince à faux germe de Levret (4), ou bien au crochet de M. Dewees (5). Des injections avec l'eau de guimauve, l'eau d'orge miellée, ou même la décoction de kina, seront faites chaque jour dans la cavité utérine pour la déterger, prévenir l'absorption et entraîner les détritus du délivre à mesure qu'ils se séparent ou se putréfient. Peut-être même ces injections que Levret (6) et Recollin (7) ont vantées pour remédier aux suites de toute délivrance compliquée, que Puzos (8) faisait avec de l'eau tiède ou du vin dans le cas d'hémorrhagie, devraient-elles être remplacées vers la fin, quand il ne s'agit plus que de calmer l'irritation par celle de cataplasmes demi-liquides comme les emploie M. Guillon (9).

---

(1) *Journal univ.*, tome XLV, p. 242.

(2) Lond. *med. and surg. journ.*, septembre 1832.

(3) Deubel, *Thèse*, Strasb., 1834, p. 55.

(4) *Accouch. labor.*, etc., 1780.

(5) *System. of midwif.*, 1825, pl. 14.

(6) *Acad. de chir.*, tome III, p. 2[illegible]7.

(7) Ibid. p. 257.

(8) Barbaut. *Cours d'accouch.*, etc., tome II, p. 163.

(9) *Compte rendu de la Soc. de méd. prat.*, p. 67, Paris, 1829.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que ces adhérences sont le résultat d'une maladie, et qu'après leur destruction forcée la surface interne de l'utérus reste nécessairement dans un état pathologique plus ou moins inquiétant, qu'elles laissent à leur suite une sorte de plaie suppurante qu'il importe de mondifier et de cicatriser.

§ VIII. Résorption du délivre.

Quelquefois aussi le placenta laissé dans la matrice disparaît d'une manière insensible et comme s'il était détruit par voie d'absorption. Aussi a-t-on beaucoup parlé depuis quelques années de l'absorption du délivre. C'est un fait dont on a déjà rapporté un assez grand nombre d'exemples. Le cas de cette femme dont parle Guillemeau (1), et qui devint enceinte au bout de quatre mois sans avoir été délivrée, s'y rapporte probablement. Planque (2) raconte l'histoire d'une femme du Berri qui ne fut point délivrée non plus, et qu'un accès de colère guérit de la mutité où elle était tombée. M. Nægèle (3), puis M. Salomon (4), qui ont publié sur ce sujet chacun un mémoire intéressant, en relatent des observations fort remarquables tirées de leur pratique ou de celle de quelques autres accoucheurs, de M. Gœlzemberger, par exemple. M. Gabillot (5) en a également indiqué une. Il en est de même de M. Ingleby (6) qui ne parle toutefois que de portions peu étendues de placenta. MM. M'Glover et Porcher (7) racontent aussi que chez une femme qui avait eu deux fausses-couches à trois mois, et qui finit par accoucher à terme, le resserrement du col empêcha d'atteindre le placenta qui était adhérent. Le cordon et les

---

(1) *OEuvres compl.*, p. 344.

(2) *Bibl.* tome I, p. 387. — *Acad. des Sc.* 1738.

(3) *Bibl. méd.* 1829, tome I, p. 366.

(4) Ibid. tome III, trad. par Mme Boivin.

(5) Ibid. tome III.

(6) *On uterin hemmorrhag.*, etc., p. 206.

(7) *Gaz. méd.* 1833, p. 503, ou *Trans. méd*, tome XII, p. 73.

membranes tombèrent en putrilage. Un mois après il y eut des douleurs comme pour accoucher. Le placenta ne fut point expulsé. Le col parut fermé, et l'utérus à l'état normal. La santé était encore parfaite au bout d'un an. Morlanne (1) relate un exemple à peu près semblable. D'autres cas de résorption du placenta ont encore été publiés. M. Deubel (2) en tire un des journaux allemands, et dit que chez une malade suivie par M. Burger, toutes les excrétions acquirent une fétidité extrême, mais qu'il ne sortit aucun fragment du délivre.

Appelé au bout de six semaines dans un autre cas, M. Stoltz (3) reconnut, à l'aide du doigt, un placenta ratatiné, mobile. Il ne put en extraire qu'une petite portion. Le reste disparut insensiblement.

M. Deubel (4) doit une observation semblable à M. Beck. chez une femme qui fit une fausse-couche à quatre mois, le cordon fut arraché et le placenta retenu dans la matrice. Quelques accidens survinrent, mais la santé a fini par se rétablir complètement, et M. Stoltz (5) est resté convaincu que le délivre n'a point été expulsé.

Un pareil fait a semblé si singulier, qu'on l'a d'abord nié, et qu'il n'a point encore trouvé de crédit en France. Madame Boivin, qui en rejette à peu près toutes les preuves, explique assez bien de quelle manière on a pu se méprendre sur ce point. Comment admettre, en effet, qu'un corps aussi volumineux, aussi complexe, aussi solide, d'une texture aussi dense que le placenta puisse disparaître insensiblement et pénétrer mollécules par mollécules dans le torrent circulatoire? Qui prouve ensuite que morcellé, ramolli par la putréfaction, le délivre ne s'est pas échappé du vagin à l'insu de la femme et de ceux qui l'entouraient dans ces divers cas!

---

(1) *Journal d'accouch.*, etc., tome I, p. 52.

(2) *Thèse*, Strasb. 1834, p. 56.

(3) Ibid.

(4) Ibid.

(5) Deubel, oper. citat., p. 55.

Pour moi, qui suis convaincu qu'on ne doit pas adopter légèrement tout ce qu'on débite à ce sujet, et qui n'ai jamais rien vu de semblable après l'accouchement proprement dit, je n'en crois pas moins le fait digne d'une attention sérieuse. Il m'est d'abord difficile de révoquer en doute ce qu'avance *de visu*, un observateur aussi exact et aussi habile que M. Nægèle. Ensuite il existe dans la science des résultats tout aussi extraordinaires que personne ne songe à contester. Dans les grossesses extra-utérines qui se terminent heureusement quoique l'œuf reste à l'intérieur des organes, on a souvent trouvé le fœtus réduit à ses tissus solides et complètement dépourvu de parties molles. La même chose a été observée dans la matrice même. T. Bartholin l'a mentionné pour les vaches. Jœger en a été témoin sur une biche. M. Carus, M. Huzard (1) surtout a prouvé qu'on le rencontre souvent chez les brebis. D'un autre côté, des expériences faites par M. Bretonneau, et que j'ai déjà répétées plusieurs fois, prouvent que des tissus animaux déposés au fond d'un abcès, par exemple, s'y décomposent souvent d'une manière rapide, et y sont parfois digérés comme dans l'estomac. J'ajouterai que dans trois cas d'avortement effectués en 1833, j'ai rencontré tout ce qui caractérise la résorption du placenta. J'ai suivi l'une des femmes avec M. Cisset. J'ai vu la deuxième avec MM. Caillard et Manec. La troisième était à l'hôpital de la Pitié. Le fœtus est sorti seul dans les trois cas. Tous les caillots, soigneusement examinés, n'ont jamais offert la moindre trace de membranes ni de placenta. Le col utérin s'est refermé et endurci au bout de quelques jours comme de coutume, et les lochies n'ont pas été très-abondantes. Celle que j'ai observée à l'hôpital m'a surtout paru offrir un grand intérêt. Enceinte de deux à trois mois, elle était à peine sortie de la période dangereuse d'un érysipèle grave, qu'elle fut prise d'une perte et de tous les symptômes de l'avortement. Voyant que

---

(1) *Bulletins de la Faculté de méd.*, tome V, p. 192, et *Mém. de l'Institut*, tome II, p. 295.

l'œuf, qui proéminait depuis deux jours à travers le col dans le haut du vagin, n'avançait pas, je pris le parti d'en rompre la coque. Le fœtus, ramolli et demi-putréfié, en sortit aussitôt, mais le reste du produit ne voulut pas céder. Je le laissai en place, espérant que l'action de la matrice allait se réveiller et que les annexes du fœtus ne tarderaient pas à descendre. J'enjoignis très-expressément à l'élève de la salle, à la religieuse et à l'infirmière de surveiller la malade, de ne jeter aucuns caillots, de me montrer tous ses linges, et de ne rien écraser. Or, cette femme qui est retombée dans l'adynamie, qui n'a pas bougé du lit, que j'ai touchée chaque matin, n'a rien rien rendu de consistant. Le sang a promptement cessé de couler. Le col s'est refermé complètement en trois jours. Elle a fini par succomber, et nous avons trouvé la cavité utérine parfaitement libre et entièrement saine. J'en ai recueilli un quatrième exemple au mois d'août 1834. La malade était enceinte de deux mois et demi. Une perte abondante avait lieu depuis six jours quand elle entra dans mon service à la Pitié. Le fœtus était sorti depuis deux jours. Je la touchai, et pus pénétrer sans peine à l'intérieur de l'utérus, où je rencontrai l'arrière-faix sous la forme d'une masse adhérente par sa partie supérieure. J'entraînai un fragment de ce corps, afin d'en constater la nature, et tous les élèves purent se convaincre, comme moi, que c'était une portion de la coque de l'œuf. La femme fut surveillée avec soin. Elle ne sortit pas du lit. Nous examinâmes chaque jour ses linges. Je la touchai de nouveau plusieurs fois les jours suivans; mais l'hémorrhagie se suspendit bientôt, et j'ai la conviction qu'elle n'a point rendu le corps que j'avais d'abord trouvé dans la matrice, dont le col s'est d'ailleurs complètement refermé sans qu'il y ait eu de lochies ni aucun écoulement fétide.

Il y a loin de là sans doute à l'absorption d'un délivre à terme, mais l'un conduit à l'autre, et s'il était démontré que l'arrière-faix des premiers mois de la grossesse peut être absorbé, on ne serait plus en droit de nier la possibilité du même phénomène après l'accouchement. Quant à la manière d'interpréter un accident aussi étrange, je ne m'y arrêterai

pas, dans la crainte qu'on pourrait avoir encore de renouveler sur ce point l'histoire de la dent d'or.

§ VIII. Pertes.

L'*hémorrhagie* peut exister avant la délivrance comme complication de tous les accidens que j'ai mentionnés jusqu'ici ; mais on l'observe aussi quelquefois seule. Qu'elle dépende de l'inertie, du spasme, de la pléthore, de l'irritation de la matrice, c'est toujours un phénomène dangereux qu'il faut se hâter de combattre. On voit dans la thèse de M. Quesnel (1) l'observation d'une femme morte avec tous les symptômes d'une perte abondante quoiqu'il ne se fût écoulé qu'une petite quantité de sang, non de l'utérus, mais des organes génitaux externes qui offraient plusieurs dechirures. Si la présence du placenta n'en est pas toujours la cause, elle sert du moins à l'entretenir et à l'aggraver. On doit en conséquence s'empresser de l'extraire, quand même il y aurait inertie. Quelques auteurs, cependant, ont pensé que la délivrance ne devait pas être accélérée lorsque la matrice ne revient pas sur elle-même, à moins qu'il n'y eût un décollement incomplet du placenta. M. Lacour (2) s'est encore efforcé, de démontrer que la délivrance artificielle ne pouvait qu'augmenter l'inertie, et par suite la perte; mais l'expérience de tous les jours s'élève contre cette manière de voir, et l'opinion contraire est généralement adoptée. Je n'ai point l'intention de revenir ici sur ce que j'ai dit des causes, des signes et du traitement général de l'hémorrhagie. J'en parlerai simplement à titre de complication de la délivrance.

Il ne me paraît pas certain que le mécanisme des pertes après l'accouchement ait été bien compris. Leroux (3) les attribue à ce que la matrice ne se rétractant pas, le sang doit

---

(1) N° 310, Paris. 1833.

(2) *Thèse*, n° 32, Paris, 1803.

(3) *Observ. sur les pertes de sang*, etc., p. 35.

couler à flots par de prétendues ouvertures qui restent béantes à la surface interne de cet organe. Je serais plutôt tenté de les rapporter, d'une part, à ce que les vaisseaux hypogastriques ayant cessé brusquement d'être comprimés, le sang s'y précipite avec force; de l'autre, à ce que ce fluide doit s'accumuler en quelque sorte mécaniquement dans les vaisseaux utérins, qui, n'étant plus soutenus, le versent dans le vide que l'œuf occupait quelques instans auparavant, ou bien à ce qu'avec ces dispositions il se trouve dans la cavité utérine même une cause irritante quelconque.

L'afflux subit dont le système aortique abdominal devient le siége, peut causer une exhalation artérielle considérable à l'intérieur de la matrice, en même temps que le reflux opéré dans la veine cave détermine une stagnation veineuse qui force les sinus à verser le fluide dont ils sont gorgés dans la cavité utérine au lieu de le porter vers le cœur. C'est en se durcissant, en revenant sur lui-même que l'utérus résiste le mieux à cet effet malheureux de la déplétion abdominale; si bien que nombre d'auteurs, que madame Boivin (1) en particulier, ont cru que la perte et la contraction générale de la matrice n'étaient pas compatibles. Le sang qui coule quand l'utérus est contracté, dit la savante sage-femme, est expulsé du placenta comme d'une éponge, et ne vient pas des vaisseaux utérins. Il en est le plus souvent ainsi, je le sais, mais le contraire n'est pas impossible. J'ai vu deux fois l'hémorrhagie se manifester après la délivrance, quoique la matrice fût exactement revenue sur elle-même et contractée. L'accouchement était terminé depuis quatre heures dans un cas, et depuis sept heures dans l'autre; c'est d'ailleurs un accident qui n'est pas rare après les premières vingt-quatre heures. Gooch (2), qui professe la même doctrine, a été combattu, il est vrai, par Roberton, qui veut qu'alors le fond de l'utérus au moins soit

---

(1) *Bibl. méd*, 1829, tome III.

(2) Ingleby, *on uter. hemmor.*, etc., p. 227.

dans le relâchement ; mais M. Ingleby (1) invoque, en faveur de Gooch, des observations difficiles à réfuter.

La plupart des pertes après l'accouchement se font, au reste, d'après une loi qu'il importe de connaître et que M. Guillemot (2) a bien saisie. Le sang coule et s'épanche au-delà de ce qu'il convient, ou parce l'utérus ne se contracte point et reste mou, ou parce que cet organe se contracte mal et se relâche plus ou moins complètement dans l'intervalle des contractions. Si la contraction ne comprend que le col, ou le fond, ou quelqu'autre point, pendant que le reste de la matrice est dans l'inaction, la perte a lieu sans difficulté ; aussi peut-il y avoir enkystement du placenta ou contraction spasmodique de l'utérus et perte en même temps. Bien que la contraction soit d'abord générale, l'hémorrhagie peut également finir par se déclarer, attendu que l'action utérine offre des intermittences plus ou moins prolongées et plus ou moins complètes. Aussi voit-on, chez un grand nombre de femmes, la matrice encore excitée par l'effet du travail, se resserrer avec une certaine énergie immédiatement après la sortie du fœtus, et s'opposer ainsi à la perte pendant un temps variable, puis se relâcher ensuite de plus en plus après chaque contraction, et permettre une hémorrhagie foudroyante, comme on le voit dans une observation de Morlanne (3). C'est même là ce qui justifie le conseil donné par M. Ingleby, de rester une heure ou deux près de l'accouchée après toute espèce d'accouchement.

B. Traitement.

I. *Moyens préventifs.* Dans l'hypothèse que je viens d'exposer et que je crois facile à défendre, le meilleur moyen de prévenir l'hémorrhagie ne serait pas de frotter l'ombilic et l'hypogastre avec une cuillerée d'eau-de-vie ou d'eau de Cologne, comme

---

(1) *On uterin hemmorrh.*, etc , p. 227.

(2) *Archiv. gén.*, tome XX, p. 43.

(3) *Journal d'accouch.*, tome I, p. 103.

le voulait A. Leroy et comme M. Faure dit l'avoir vu faire à l'étranger, mais bien d'appliquer promptement un bandange un peu serré sur le ventre, ou de faire placer la femme la tête très-basse aussitôt après l'accouchement. White (1) exige cette position même pendant le travail, et défend à la femme de se livrer au moindre effort. Un excellent moyen préventif, selon M. Clarke (2), consiste à tenir la femme froide dans le dernier temps du travail, et à comprimer l'hypogastre avec la main pendant la sortie du fœtus, jusqu'à ce que l'utérus soit rentré dans le bassin. C'était aussi la pratique de Gooch (3). Osborne (4) prétend qu'on réussit également bien en retardant l'expulsion de l'enfant une fois que la tête est dehors, et M. Evans (5) se loue beaucoup de liquides glacés donnés à l'intérieur dans le même but. M. Guillemot vante particulièrement l'infusion de seigle ergoté à dater de la rupture des membranes; mais je crois que la précaution indiquée par Osborne et la compression par la méthode de Clarke méritent pour le moins autant de confiance. L'un de ces moyens, au surplus, n'exclut pas l'autre. Quant à l'opium, dont M. Waller (6) administre une forte dose après la délivrance chez toutes les femmes, je n'en puis rien dire, attendu que personne en France n'en a encore étudié l'action sous ce point de vue.

II. *Moyens curatifs*. Une fois déclarée, l'hémorrhagie exige les plus prompts secours.

A. Vider, soutenir la matrice. Pour peu qu'il reste du délivre dans les organes génitaux, on doit s'empresser de l'extraire. Une portion du placenta la rendit mortelle dans l'observation trois cent quatre-vingt douze de De La Motte (7). La même

---

(1) *Ingleby, on uterin hemmorrhag.*, etc., p. 34.

(2) Ibid. p. 32.

(3) Ibid. p. 35.

(4) Ibid. p. 35.

(5) Ibid. p. 64.

(6) *Elem. of midwif.*, etc., p. 115.

(7) *Traité complet des accouch.*, etc., p. 734 à 752.

chose aurait eu lieu dans un cas cité par Leroux (1), si le tampon n'avait pas été employé. On vide donc la matrice avec la main, comme le veut Deleurye (2), sans se laisser effrayer par les craintes qui en ont imposé à MM. Blundell et Ingleby (3) sur ce point.

Après avoir extrait le placenta ou les caillots, si la perte continue au point de donner des inquiétudes, on doit, en cas que la matrice reste molle et inactive, ou que les sinapismes entre les épaules aient été vainement employés, ne pas hésiter à porter de nouveau la main dans cet organe. Elle vaut mieux, dit M. Jackson, que le tampon, le seigle ergoté, les topiques froids, etc. De La Motte avait fort bien remarqué que c'est le plus sûr moyen de faire cesser l'inertie. M. Burns en dit autant. La compression exercée en sens divers sur l'hypogastre, compression vantée comme une découverte importante par Dussé (4), ne remplacera jamais ce moyen d'une manière complète, quoiqu'elle ne soit pas non plus à négliger.

Il s'en faut au reste que le défaut de contraction de la matrice soit toujours suivi de perte après l'accouchement. Après avoir extrait un placenta qu'il croyait adhérent, M. Glasspole reconnut très-bien que l'utérus était mou et non contracté, quoiqu'il n'y eût point d'hémorrhagie. Tout ce que j'ai dit de la compression à l'article hémorrhagie pendant le travail, s'applique surtout ici. C'est alors que M. Chevreul (5) s'en est surtout servi avec avantage comme accessoire du tampon. Ce serait aussi le cas de se servir d'éponges imbibées d'eau froide ou d'oxicrat, appliquées sur l'hypogastre, les lombes, les flancs, à la manière d'Hippocrate et de V. Swieten (6). Quant à extraire le sang qui s'épanche dans la matrice au moyen d'une sonde, comme le veut M. Do-

---

(1) *Observ. sur les pertes*, etc., p. 274.

(2) *Traité des accouch.*, etc., p. 338.

(3) *On uterin hemmorhag.*, etc., p. 241.

(4) *Académie des sc.*, etc., année 1722.

(5) *Précis de l'art des accouch.*, p. 129.

(6) *Aphorism. de chirurg.*, etc., tome VII, p. 177.

livera (1), il ne faut pas y songer. M. Lee (2) a raison, de son côté, de se moquer de Gooch, qui veut qu'une des mains aille dans la matrice servir de point d'appui à celle qui comprime l'hypogastre, afin de simuler l'action d'un tourniquet, et nous verrons tout-à-l'heure que c'est moins l'utérus que l'aorte ou les vaisseaux du bassin qu'il s'agit de comprimer.

B. Les *injections* d'oxicrat, de vinaigre pur ou d'eau à la glace, conseillées par Saxtorph ; l'alcool et les acides sulfurique ou nitrique étendus d'eau, avec lesquels Pasta veut qu'on aille en quelque sorte cautériser les vaisseaux utérins ; la solution de sublimé, que M. Hohl (3) n'a pas craint de vanter ; l'introduction d'une vessie de porc, qu'on remplit d'air, d'eau ou de liquides astringens, dans l'utérus même, proposée par MM. Rouget (4), Vernet (5) et Lenci (6), offriraient bien moins d'avantages, exposeraient à beaucoup plus d'accidens, et ne sont pas d'une application aussi facile que la main. Basedow (7), qui avait aussi conseillé la vessie à air de Rouget, n'en a nullement prouvé l'efficacité. Ces injections, froides ou astringentes, qu'avait d'abord préconisées Kock (8), comme elles l'avaient été par Galien, P. Alpin, Guillemeau (9), et que M. Doudement (10) dit encore avoir employées avec succès, ne méritent peut-être pas tous les reproches que leur adresse M. d'Outrepont (11). Je doute aussi qu'on ait réellement à craindre, comme le croit M. Cuveilhier (12), qu'elles puissent entrer

---

(1) *Bulletin de Férussac*, tome III, p. 289.
(2) *Diseases of Women*, etc., p. 217, Lond. 1833.
(3) *Annal. univ.*, septembre 1833.
(4) *Sur divers sujets de méd. et de chirurg.*, 1789.
(5) *Thèse*, Montpellier, 19 prairial an XII.
(6) Calderoni, *Inject. du cordon pour aider la déliv.*, 1828.
(7) Deubel, *Thèse*, etc., p. 81.
(8) *Actes de la Soc.* de Bruxelles, tome I.
(9) Leroux, *Observat. sur les pertes*, etc., p. 186.
(10) *Thèse*, n° 65, Paris, 1826.
(11) *Revue méd.*, 1829, tome III, p. 114.
(12) *Journal hebdom. univer.*, tome IV, p. 227.

dans les sinus utérins et devenir ainsi promptement mortelles; mais je les crois de nature à faire naître de nombreuses maladies chroniques, et à mériter par là l'oubli où elles sont tombées.

Craignant que l'action des liquides médicamenteux ne fût empêchée par le sang, quelques praticiens ont imaginé d'en imbiber certains corps et de les porter ainsi dans la matrice. Cruikshank (1) se servait, à cet effet, d'une éponge imbibée de jus de citron ou de vinaigre. Le tampon qui, même après la délivrance, a donné, quoiqu'en dise M. Ingleby (2), des succès remarquables à Leroux (3), était presque toujours alors imbibé des mêmes liquides. Le citron, dépourvu d'écorce, tel que je l'ai vu employer par deux matrones de campagne, en Touraine, tel que M. Pasteur (4), après M. Evrat (5), l'a surtout conseillé, serait encore un excellent moyen. Abandonné dans la matrice, il y cause une excitation et bientôt une constriction permanente, presqu'aussi efficace que celle de la main. Je crois donc pouvoir en recommander l'usage, malgré les insuccès de M. Ingleby (6), et sans être arrêté par la crainte de le voir retenu par le resserrement spasmodique du col, comme le croit M. Doudement (7).

S'il n'y avait point inertie, on devrait avoir recours au traitement indiqué à l'article de l'hémorrhagie en général, aux révulsifs, aux réfrigérans ainsi qu'au tampon, qui, même alors, peut, quand il est bien appliqué, devenir un remède héroïque, ainsi qu'on le voit par les observations de M. Chevreul (8).

---

(1) Ingleby, *on uterin hemmorrhag.*, p. 145.

(2) *Ibidem*, p. 247.

(3) *Observat. sur les pertes*, etc., p. 243.

(4) *Thèse*, n° 78, Paris, 1808.

(5) *Rev. méd.* 1825, tome II, p. 157.

(6) *On uterin hemmorrhag.* etc., p. 247.

(7) *Thèse*, n° 65, Paris, 1826.

(8) Oper. citat., p. 129, 130, 131.

On pourrait encore, comme M. Rigby (1) dit l'avoir fait avec succès, recourir à la succion des mamelles. Cet accoucheur prétend que si l'enfant prend le sein, la perte cesse à l'instant. La sympathie bien connue qui existe entre l'utérus et la gorge, rend croyable un pareil effet. Rien n'empêcherait au reste de se servir d'une autre personne ou même d'un petit chien, si le nouveau-né ne voulait ou ne pouvait pas saisir convenablement le mamelon immédiatement après l'accouchement.

C. Compression de l'aorte. Peut-être serait-il bon, quand la perte est foudroyante, de comprimer l'aorte au-dessus de l'angle sacro-vertébral, en attendant qu'on pût mettre en pratique les autres moyens. Immédiatement après la sortie du fœtus, les parois abdominales sont molles, et chez beaucoup de femmes il ne serait pas difficile d'agir sur l'aorte avec les pouces, placés un peu à gauche. Sans attacher à ce moyen, dont parlent déjà Boer, madame Lachapelle, M. Dugès, autant d'importance que MM. A. Baudelocque (2) et Tréhan (3), j'y aurais volontiers recours, si l'occasion s'en présentait. Depuis que cette compression a été proposée, on s'en est occupé avec une certaine ardeur. On a dit que Plouquet (4) en avait déjà indiqué le procédé en 1797, que Budiger (5) l'avait employé à lui seul plus de vingt fois; que M. Eichelberg (6) s'en était servi en 1820, que Siebold (7) et M. Ulsamer (8) y avaient également eu recours avant qu'il n'en fût question en France. Le fait est que l'idée paraît en être venue à plusieurs personnes séparément, que M. Schweighaeuser (9) l'indique

(1) *Gazette méd.* de Paris, etc., 1834.

(2) *Journal méd. chir.*, tome I, 1834.

(3) *Bulletin de Férussac*, tome XVI, p. 452.

(4) *Bulletin de Férussac*, tome XVI, p. 452.

(5) *Ibid.*

(6) *Ibid.*

(7) *Ibid.*

(8) *Ibid.*

(9) *Arch. de l'art des accouch.*, tome II, p. 113.

assez nettement, et qu'elle s'est présentée sous trois formes distinctes. Les uns, comme Saxtorph (1), par exemple, n'arrivaient à l'aorte qu'en agissant sur la matrice à travers les parois du ventre. D'autres, comme on le voit dans Boer, portaient la main dans l'utérus même pour atteindre l'aorte sur le rachis. Les troisièmes, enfin, veulent, avec M. Baudelocque, qu'on en efface le calibre au-dessus de l'utérus, soit avec deux doigts, à l'instar de M. Ulsamer, soit avec le pouce, comme M. Tréhan, soit même comme le prescrit Siebold avec le poing, qu'on applique un peu à gauche du rachis, à travers les parois abdominales, et en écartant, en déprimant soigneusement les intestins. M. Eichelberg (2) en a cité un fait remarquable. On peut consulter à ce sujet le mémoire inséré dans le journal d'accouchement de Siebold (3), et la thèse de M. Brossart (4). M. Blount (5) en relate aussi deux succès. M. Latour (6), M. Lovenhart (7) et M. Martins (8) en ont fait connaître chacun un autre. C'est une ressource importante et facile tout à la fois. Cependant, s'il est vrai qu'on suspende ainsi l'afflux du sang artériel, il l'est également qu'on peut gêner le retour du sang veineux, et qu'on doit éviter autant que possible de comprimer en même temps la veine cave. Tranquille sous le rapport de l'écoulement sanguin, on s'efforce de rappeler les contractions de la matrice, et bientôt, au bout d'une heure ou deux, on peut relâcher insensiblement l'aorte.

D. Seigle ergoté. Un autre moyen, vanté depuis quelques années, est le seigle ergoté. MM. Bigeschi, Bordot, Goupil (9),

---

(1) Schweighaeuser, *Archiv. de l'art des accouch.*, etc.

(2) *Bullet. de Férussac,* tome XVI.

(3) Tome VIII.

(4) Strasb. février 1830.

(5) Ingleby, *on uterin hemmorrhag.*, etc., p. 249.

(6) *Revue méd.* 1830, tome III, p. 22.

(7) *Ibid.*

(8) *Ibid.*

(9) *Bibl. méd.* 1826, tome III, p. 55.

Villeneuve, soutiennent qu'il fait cesser l'inertie, oblige la matrice à se contracter, à détruire les adhérences du délivre, à chasser le placenta, et suspend par suite l'hémorrhagie. La délivrance étant toujours prompte, disent-ils, et n'ayant jamais été accompagnée ni suivie de perte chez les femmes qui ont pris de cette poudre oxytocique, pendant le travail, on doit naturellement en conclure qu'elle peut être d'un grand secours dans les cas d'adhérences contre nature du placenta et quand il survient une hémorrhagie après la sortie de l'enfant.

Les observations publiées par ces praticiens, par MM. Nugent (1), Lannyon (2), Boultbec (3), Corbett (4), ne laissent guère de doute à ce sujet. Les succès obtenus par MM. Spajrani (5), Cabini (6), Pignacca (7), Bazzoni (8), Duparque (9), Perronier (10), que j'ai obtenus moi-même du seigle ergoté, soit dans la leucorrhée, soit dans la métrorrhagie en général, soit dans presque toutes les hémorrhagies par exhalation des membranes muqueuses, permettent de lui accorder quelque confiance.

Il semble, au reste, que le seigle ergoté fut déjà employé, comme moyen oxytocique, du temps de Charlemagne. On voit, en effet, dans une légende de cette époque (11) que, près d'une femme en travail, la dame Gulbeyaz choisit un épi de seigle dans le bouquet de bleuets que portait sa fille, qu'elle fit tomber une poussière de quelques-unes des capsules du

---

(1) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 782.

(2) *Ibid.* p. 56, 551.

(3) *Ibid.* p. 80.

(4) *Ibid.* 1829, vol. II, p. 639.

(5) *Revue méd.*, 1830, tome II, p. 469.

(6) *Archiv. gén.*, tome XXVII, p. 414.

(7) Trad. par Chambeyron, *Trans. méd.*, tome III, p. 127, 149, t. XIV, septembre 1833.

(8) *Lancette fr.*, tome V, p. 313.

(9) *Gaz. méd.* de Paris, etc., 1833, p. 142.

(10) *Thèse*, Montpellier, 1825.

(11) Parant, *Soc. méd.* de Dijon, 1832, p. 163.

grain, et que, la mêlant avec un peu d'eau, elle dit à la servante de faire prendre cette potion à sa maîtresse. Une heure suffit pour en démontrer la vertu, et l'accouchement eut lieu presque sans douleur.

Aux travaux publiés sur la vertu du seigle ergoté, il faut d'ailleurs ajouter un mémoire fort intéressant de M. Parent de Beaune (1).

Je l'emploierais volontiers aussi contre les adhérences; mais n'ayant pas eu occasion d'en rencontrer, je n'ai point de faits par devers moi sur ce sujet. Quant à l'hémorrhagie, quelques médecins ont cru remarquer qu'elle avait été déterminée par la poudre obstétricale elle-même. Une jeune femme fut prise d'une perte violente après son accouchement, bien que je lui eusse administré le seigle ergoté, à la dose de quarante-cinq grains, pendant le travail, et que cette substance eût d'ailleurs produit l'effet que j'en attendais. J'ai observé un autre fait semblable, et je suis porté à penser que si le seigle cornu peut être utile quand la perte est le résultat de l'inertie de l'utérus, ce n'est pas dans les cas graves, et qu'il ne faut guère compter sur ses effets avantageux que dans les cas d'hémorrhagies modérées qui se manifestent à une certaine distance de l'accouchement. J'ajouterai, du reste, qu'il ne faut pas toujours mesurer le danger des pertes par leur abondance. Une femme en est morte à l'hôpital de l'école quoiqu'elle n'eût pas perdu deux livres de sang. M. Knowles (2) en dit autant d'une dame convaincue d'avance qu'elle ne survivrait pas à son accouchement, qui était le dixième.

E. Injections du cordon. Une ressource mise en pratique d'abord par M. Mojon (3), puis par MM. Hoffman (4), Ta-

---

(1) *Soc. méd.* de Dijon, 1832, 158.

(2) Ingleby, *oper. citat.*, p. 48.

(3) *Nuevo mezzo di estraere la pl.*, etc., 1825, ou *Ann. univ.* juillet, 1827, p. 201.

(4) *Ann. univ.*, juin 1827.

roni (1), dans le but de hâter la délivrance accompagnée ou non d'hémorrhagie et retardée d'une manière quelconque, consiste à pousser par la veine ombilicale un liquide styptique ou froid dans le placenta. M. Mojon veut qu'avant de commencer l'injection on aspire avec la seringue le sang qui peut être contenu dans la veine et ses ramifications ; mais MM. Hoffman et Taroni ont réussi sans cette précaution. Le premier a employé de l'oxicrat. Le second s'est servi d'eau-de-vie étendue d'eau. Le troisième s'est contenté d'injecter de l'eau froide. Dans les trois cas, la matrice, auparavant molle et inerte, est aussitôt entrée en contraction. Le placenta a été chassé et l'hémorrhagie s'est arrêtée. Seulement rien ne prouve que le placenta fût encore adhérent ni que des tractions mieux dirigées sur le cordon n'eussent pas produit le même effet.

On pourrait tenter ce moyen, au surplus, dans le cas d'adhérence supposée, d'inertie et de perte, après avoir inutilement essayé les ressources ordinaires et avant de porter la main dans la matrice. Son action doit être tout à la fois mécanique et chimique. Il déplisse et gonfle le délivre, distend la matrice, produit un abaissement subit de température, un resserrement des bouches vasculaires et une astriction plus ou moins forte. Il doit enfin réunir une partie des avantages attribués par quelques auteurs aux injections faites à nu ou à travers des vessies dans la cavité utérine, et au tamponnement tant vanté par Leroux, sans en avoir les inconvéniens. Il a maintenant été mis en usage un trop grand nombre de fois, dans des contrées et par des personnes trop différentes pour qu'on puisse douter de son efficacité. MM. Paulini de Perugia (2), Lanci de Livourne (3), Avanzini (4) de Votri,

(1) *Rust magazin*, tome XXV, p. 165.

(2) Calderoni, *Nouv. moyen d'opérer la délivrance*, etc., Genève, 1828.

(3) *Bulletin de Férussac*, tome XIX, p. 91.

(4) Calderoni, *oper. citat.*

Galleti (1), Lasagna (2), Mondono (3), Genzana (4), Pescia (5), Baldissone (6), Calderoni (7), Ferrario (8), l'ont surtout vanté dans la patrie de l'auteur. MM. Jemina (9) et Chiesa (10), se sont aussi loués de son emploi. Plusieurs praticiens l'ont essayé avec succès en Allemagne, et le professeur Hohl (11), en a publié quelques observations. En France, il a été mis en pratique par MM. Dupasquier (12) de Lyon, Fontaneilles (13), Duparcque Legras (14), Pouret (15), De La Porte (16), Lemaistre (17), Sandras (18), J. Hatin (19), Roux de Marseilles (20), avec les mêmes avantages. M. Stoltz (21) a également retiré de bons effets de l'injection du cordon dans les cas de délivrance tardive, et M. Id. Baud (22) dit aussi l'avoir employée avec succès. Il paraît toutefois qu'on l'a crue de nature à déterminer la péritonite; car M. Michelaccia (23), qui

---

(1) Calderoni, *Nouv. moyen*, etc., Genève, 1828.
(2) *Ibid.*
(3) *Ibid.*
(4) *Ibid.*
(5) *Ibid.*
(6) *Ibid.*
(7) *Ibid.*
(8) *Cliniq.* de Pavie, *Ann. univ.* 1827, 1828.
(9) *Archiv. gén.* tome XVIII, p. 119.
(10) *Bulletin de Férussac*, tome XXI, p. 276.
(11) *Ann. univ.*, septembre 1833.
(12) *Journal cliniq. des hôpitaux* de Lyon, tome I.
(13) *Journal univ.*, tome XLII, p. 351.
(14) *Journal univ.*, tome L, p. 251.—*Journal gén.*, avril 1828.
(15) *Thèse*, n° 104, Paris, 1831.
(16) *Bulletin de Thérap.*, tome II, p. 55.
(17) *Journal général des hôpitaux*, 1828.
(18) *Ibid.*
(19) *Ibidem* et *Journal analytiq. de méd.*, 1829.
(20) *Soc. méd.* de Marseille, tome II, p. 92.
(21) Deubel, *Thèse citée*, p. 78.
(22) *Journal analytiq. de méd.* 1829.
(23) *Antologia*, n° 113.

l'en accuse, est vivement combattu dans une lettre écrite à M. Cortini par M. Pacini (1). Pour moi, il me semble que l'injection devrait être faite avec l'oxicrat ou quelqu'autre liquide styptique quand il y a perte ; avec de l'eau froide seulement, s'il n'y a qu'inertie, et avec de l'eau tiède, quand la matrice paraît trop disposée à l'irritation.

L'opération est, au reste, extrêmement simple : après avoir dégagé le cordon, on porte dans la veine le syphon d'une seringue, contenant six à huit onces d'eau vinaigrée, d'eau-de-vie très-affaiblie, ou de tel autre liquide médicamenteux qu'on a jugé convenable. On pousse l'injection avec assez de force pour qu'elle pénètre toute l'épaisseur du placenta. Pour l'empêcher de ressortir avant d'avoir produit son effet, on place une ligature sur le cordon ombilical. Bientôt, la femme est prise de ténesme et de colique. L'utérus et les muscles du ventre se contractent. Le col cède, et le délivre est promptement expulsé.

M. Guillon veut qu'au lieu de tous ces moyens on injecte une bouillie, une sorte de cataplasme liquide, astringent, émollient, etc., dans l'intérieur même de la matrice, si le délivre en est sortie, et je ne vois pas ce qui empêcherait de l'imiter, lorsque l'intervention de la main n'est plus permise.

Au total, il importe de ne pas confondre les pertes qui surviennent après la rétraction naturelle de l'utérus, qui sont accompagnées d'un mouvement fébrile, de signes d'irritation, avec celles qui se manifestent dans les vingt-quatre premières heures de l'accouchement et qui coïncident presque toujours avec un défaut ou une irrégularité d'action, de resserrement de l'utérus.

Ici encore il est bon de distinguer les pertes externes des pertes internes, et de se souvenir que dans ces dernières le sang peut être retenu par le délivre et par le col lui-même à l'intérieur de la matrice, et que la même chose est possible dans le vagin. Il paraîtrait même, par une observa-

(1) *Litter.*, etc., 1833.

tion de Fournier (1), que la sérosité, si ce n'est une portion du liquide amniotique, peut s'enkyster avec le sang au-dessus du délivre abaissé ou entre les membranes. Nous avons vu à l'article grossesse que trois observations de M. Heming et deux de M. Wetherell permettent d'établir une variété d'hémorrhagie due à la rétention du sang dans le vagin. C'était un lambeau de membranes qui le retenait dans l'observation de ce genre qu'on doit à M. Pezerat (2). J'ai vu aussi trois faits pareils.

G. *Transfusion.* L'idée de remettre du sang dans les veines d'un malade qui se meurt d'hémorrhagie s'est présentée à l'esprit des accoucheurs modernes comme elle s'était offerte à la pensée des médecins du dix-septième siècle. Mise à exécution en Allemagne par M. Dieffenbach (3) et en France par M. Roux (4), dans des affections cholériques ou chirurgicales, elle n'a rien produit de satisfaisant. Il semblerait que la tocologie en ait tiré un meilleur parti. M. Blundell (5), qui a surtout appelé sur elle l'attention, prétend avoir essayé plusieurs fois la transfusion avec succès chez des femmes affectées de pertes utérines. Il invoque en outre les tentatives de quelques autres praticiens, notamment celles de M. Doubleday et donne la figure de l'appareil (6) dont il s'est servi. MM. Brigham (7), Hewell (8), Clément (9), Schneemann (10), Goudin (11), Savy (12),

---

(1) *Soc.* de Bruxelles, tome I, part. 2, p. 192.

(2) *Journal compl.*, tome XXIX, p. 316.

(3) *Gaz. méd.* de Paris, etc., 1832.

(4) *Ibid.* 1830.

(5) *The Lancet*, 1829, vol. II, p. 676.

(6) *Ibid.* 1829, vol. II, p. 321.

(7) *Journal des Progrès*, tome III.

(8) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 698.

(9) *Ibid.* p. 662.

(10) *Gaz. méd.* de Paris, etc., 1833, p. 465.

(11) *Journal des Progrès*, 2e sér., tome II.

(12) *Journal univ. des Sc. méd.*, tome LVII, p. 157.

Waller (1), l'ont aussi pratiquée avec avantage, et M. Ingleby (2) dit qu'on pourrait maintenant en compter vingt exemples. M. Banner (3) prétend aussi en avoir obtenu un véritable succès dans un cas de perte utérine prolongée, et M. Klett (4) vient encore d'en publier deux nouveaux exemples.

La transfusion, toutefois, est une ressource dangereuse et dont les bienfaits sont loin d'être constans. M. Boyle (5) annonce qu'une femme qu'on y soumit à Midlessex mourut presque subitement. Ainsi que le remarque M. Burns (6), la phlébite peut en être la conséquence, quoiqu'on ait réussi d'abord. D'ailleurs, quel en serait le but? Au moment de la perte, elle n'empêchera pas le sang de couler. C'est donc pour remédier à l'anémie, à la vacuité des vaisseaux, à l'état de syncope ou de convulsions qui suivent trop souvent les hémorrhagies graves, qu'il est permis d'y songer. Reste à savoir alors si le sang d'une autre personne peut remplacer celui que la malade vient de perdre et si, comme le remarque M. Burns (7), de l'eau tiède ne produirait pas le même effet en remplissant les vaisseaux.

§ IX. Convulsions et grossesse multiple.

A. Les *convulsions*, les *syncopes* répétées, qui surviennent après l'accouchement, peuvent, comme l'hémorrhagie, être déterminées par des causes fort diverses; mais la présence de l'arrière-faix étant capable de les produire à elle seule, fait qu'on doit commencer par délivrer les femmes qui en sont affectées. Pour le reste, on se comporte comme il a été dit en parlant

---

(1) *Bibl. méd.*, 1828, tome IV, p. 263.

(2) *On uterin hemmorhag.*, etc., p. 273.

(3) *Lond. med. and. surg.*, juin 1833.

(4) *Archiv. de méd.*, 2e sér. tome VI, p. 111, 119.

(5) *Journal des Progrès*, tome III.

(6) *Principl. of midwif.*, etc., 1832.

(7) *Ibidem.*

des convulsions en général. Il en est de même de la simple faiblesse et de l'épuisement qui suivent quelquefois un long travail ou qui succèdent aux autres accidens. Pour peu que le délivre semble avoir d'influence sur cet état, on se hâte de l'extraire. Il n'y aurait que le besoin de laisser la femme en repos ou la crainte de rappeler une perte, qui pourraient engager à temporiser, en cas qu'il n'y eût pas d'autre accident pour le moment.

B. Dans la *grossesse multiple*, on ne doit solliciter la délivrance qu'après la terminaison complète de l'accouchement. Comme les annexes des deux fœtus adhèrent presque toujours entre elles, au moins par quelques points, on ne pourrait que rarement entraîner celles de l'un sans décoller celles de l'autre. Ce n'est pas que cette pratique dût absolument faire naître l'inertie ni amener nécessairement une hémorrhagie, comme on se l'est imaginé en se fondant sur cette fausse idée qu'il reste de larges orifices béans par lesquels le sang s'écoule à la surface interne de la matrice; mais bien parce qu'il est toujours dangereux de rompre les rapports organiques d'un fœtus avec sa mère, à moins qu'il ne soit sur le point d'être expulsé lui-même. Une seule circonstance pourrait permettre de s'écarter d'une pareille règle. C'est lorsque le délivre du premier fœtus vient se présenter spontanément à la vulve avant la naissance du second; encore faudrait-il prendre des précautions pour ne pas détruire les adhérences de celui qui reste.

En général, la délivrance, à la suite d'accouchemens de jumeaux, se fait plus attendre que dans les cas ordinaires, si l'accoucheur ne vient pas la solliciter; ce qui tient à ce que l'utérus conserve habituellement un peu moins de tendance à revenir sur lui-même, et peut-être aussi à ce que le volume du double arrière-faix est nécessairement plus considérable.

Pour l'aider, on peut saisir l'un des cordons ou l'un des placentas, et entraîner les deux délivres l'un après l'autre. Mauriceau (1) dit qu'il faut tirer tantôt sur l'un, tantôt sur

---

(1) *Maladies des femmes grosses*, etc., p. 219.

l'autre et amener le tout ensemble ; mais il est mieux, plus prompt et plus sûr de tourner les deux tiges ombilicales l'une sur l'autre, de n'en faire en quelque sorte qu'un seul cordon, et d'agir comme dans la délivrance simple. Les placentas, n'étant presque jamais sur le même niveau dans les organes génitaux, ne se présentent à l'orifice et à la vulve que successivement, et non tous les deux ensemble. Au reste, si le contraire arrivait et que leur sortie en fût rendue plus difficile, il serait trop aisé de faire disparaître un pareil inconvénient pour que j'entre à ce sujet dans de plus longues explications. Comme les deux cordons peuvent communiquer par de gros vaisseaux à la surface du placenta, il faut s'assurer qu'il ne se fait pas d'hémorrhagie par le premier aussitôt que l'enfant en est séparé. Pour peu qu'il y eût de danger de ce côté, on ne devrait pas hésiter à placer un lien sur le bout placentaire du cordon divisé. Mais on aurait tort d'admettre avec Saxtorph (1) cette ligature comme indispensable dans tous les cas. Le conseil donné par Millot (2) d'appliquer un *carreau*, c'est-à-dire d'épaisses compresses sur la portion libre de l'hypogastre, et de le maintenir avec un bandage serré jusqu'à la sortie du second fœtus, n'est point à dédaigner, surtout quand il y a la moindre menace de perte ou d'inertie.

§ XI. Fausse couche.

A la *suite de l'avortement*, la délivrance est ordinairement moins simple qu'après l'accouchement à terme. Dans les trois premiers mois de la grossesse, l'œuf est presque toujours expulsé en entier, et dès-lors, il n'y a point, à proprement parler, de délivrance; mais, plus tard, cette expulsion en masse devient de plus en plus rare et difficile. Le fœtus s'échappe d'abord. Ses enveloppes restent et ne sont rendues qu'au bout

(1) Schweighaeuser, *Arch.*, etc., tome II, p. 117.

(2) *Supplément à tous les traités d'accouch.*, etc., tome I, p. 347.

d'un temps plus ou moins long. Le col, reprenant sa forme et sa longueur primitives, résiste bientôt aux efforts nécessairement peu énergiques de la matrice. Le délivre ayant à peine changé de rapports lui-même avec la cavité qui le renferme, ne peut en franchir que difficilement l'orifice pour passer dans le vagin. D'un autre côté, le cordon est si faible qu'on ne peut exercer sur lui que de très légères tractions. Cependant la rétention du placenta n'est pas beaucoup moins fâcheuse après l'avortement qu'après l'accouchement à terme.

L'inertie, le renversement de l'utérus n'étant point à craindre ici, le plus sage est, à mon avis, de s'empresser d'opérer la délivrance avant que le col n'ait eu le temps de se refermer, soit en agissant modérément sur le cordon, soit en allant saisir, s'il est possible, le placenta lui-même du bout des doigts. Mais quand on a trop attendu ou qu'on est appelé trop tard, force est bien d'attendre encore et de se borner à favoriser la rétraction de l'utérus. S'il survenait des accidens, la main ne pourrait pas être introduite jusqu'au délivre à cause de la résistance du col, et la moindre force dans les tractions aurait bientôt amené la déchirure du cordon. Ce serait le cas de tenter les injections du docteur Mojon, si le cordon n'était pas rompu. En pareil cas, je n'ai qu'à me louer du seigle ergoté. Si toutefois le placenta paraissait à l'orifice ou pouvait être senti avec le doigt, et que les tractions avec la main fussent insuffisantes pour le faire descendre, on aurait encore à tâcher de le saisir avec la pince à faux germes. Autrement on abandonne son expulsion aux efforts de la nature, et l'on s'attache à prévenir les accidens ou bien à les combattre à mesure qu'ils se manifestent. On a recours à la saignée, aux opiacés, aux bains généraux et locaux. On fait des injections émollientes ou détersives dans le vagin et même dans la matrice, pour neutraliser les effets de la putréfaction. On tient la femme à un régime sévère, et dès que le col s'entr'ouvre, on entraîne les lambeaux de l'arrière-faix, s'il s'en présente. La spatule inventée par Millot (1), pour décoller le placenta

(1) *Supplém. à tous les traités d'accouch.*, etc., tome I, p. 376.

dans le cas d'avortement, est un instrument qu'aucun praticien ne sera tenté d'employer. Je doute aussi que M. Dugès (1) y ait sérieusement songé quand il a proposé pour le même but et pour entraîner des restes de délivre quelconque, son anse de fil d'archal recourbée en crochet ou en raclette. Agissant en aveugle, si la main ne peut pas les accompagner, de tels moyens seraient inutiles ou dangereux. Lorsque les doigts peuvent entrer dans l'utérus, au contraire, ils rendent superflus toute espèce de tige étrangère.

Toutes ces précautions sont parfois inutiles. Si le col s'est refermé promptement après la sortie du fœtus, le placenta peut rester un temps assez long dans l'utérus sans se putréfier. O na vu des femmes l'oublier en quelque sorte, ne le rendre qu'au bout d'un ou de deux ans, être fécondées de nouveau, aller jusqu'à terme, et se débarrasser simultanément et de l'ancien et du nouveau délivre. C'est alors aussi qu'on a le plus souvent observé la résorption, réelle ou apparente, du délivre; c'est alors du moins, et seulement alors que j'ai cru l'avoir rencontrée jusqu'ici. Trois des histoires recueillies par M. Nægèle (2), se rapportent également à des fausses couches. M. Ingleby (3), qui a vu des portions du délivre a terme disparaître ainsi, a surtout été témoin de cette résorption après l'avortement. Le plus ordinairement, néanmoins, les membranes et le placenta sont expulsés par portions ou en masse dans le courant de la première semaine qui suit la fausse couche, ou graduellement entraînés avec les lochies ou par les injections. On comprend, au reste, que ces difficultés sont d'autant plus fréquentes et plus nombreuses, que l'avortement arrive plus près du milieu de la grossesse; qu'elles sont, au contraire, d'autant moindres et plus faciles à vaincre, qu'on se rapproche davantage de l'époque naturelle de la parturition.

---

(1) *Journal hebdom. univ. de méd.*, etc, 1833.

(2) *Clin. des hôpitaux*, tome III, p. 360.

(3) *On uter. hemmorrh.*, etc, p. 206.

§ XII. Délivrance simulée.

Peu de personnes croiront peut-être que la délivrance puisse être simulée chez une femme qui n'est pas même enceinte. Rien n'est plus vrai cependant. M. Pellassy (1), qui a pris cette question pour sujet de thèse, prouve par douze essais sur le cadavre, et six essais sur la femme vivante, que le placenta et les membranes peuvent être introduits dans le vagin. Une fille, que j'ai vue à l'hôpital de Tours, et plus tard à l'hôpital Saint-Louis de Paris, parvint ainsi, et en se bourrant le vagin de chiffons, à simuler un accouchement complet après s'être dite enceinte pendant près de trois ans.

(1) *Thèse inaugurale*, etc., Paris, 1833.

LIVRE VI.

PUERPÉRALITÉ OU SUITES DE COUCHES.

La sortie ou l'extraction du délivre complète l'accouchement; mais il reste encore à s'occuper dn nouveau-né et de la femme, à étudier les suites de couches, ou ce que les accoucheurs allemands, M. Nœgèle (1) entre autres, désignent sous le titre de *puerperium*, de puerpéralité. Cette partie de la science comprend donc deux questions bien distinctes, l'une qui concerne le fœtus, l'autre qui est relative à la mère.

TITRE I.

Soins que réclame l'enfant nouveau-né.

Les soins qu'exige le fœtus en sortant du sein de la mère varient selon l'état dans lequel il naît, selon qu'il est sain ou malade.

CHAPITRE PREMIER.

Enfant à l'état sain.

Lorsque le fœtus naît vivant et bien portant, ce que l'on connaît à ses cris et à ses mouvemens, l'accoucheur n'a qu'à le disposer convenablement entre les membres de sa mère. Le cordon est ensuite la seule chose dont on ait à s'occuper d'abord.

Aussitôt après avoir franchi la vulve, le fœtus doit être placé en travers sur le côté, la face tournée vers le pied du lit, entre les cuisses de l'accouchée. De cette manière il peut

(1) Lehrbuch *der Geburtshülfe*, etc., 1833.

respirer et ne court pas risque d'être suffoqué par les matières qui s'échappent du vagin. On le dégage des anses du cordon, s'il en existe autour de son corps. On le débarrasse des lambeaux de membranes qu'il a pu entraîner et des mucosités qui lui obstruent parfois la bouche et le gosier. Enfin on arrive à la ligature et à la section du cordon ombilical.

SECT. Ire. Ligature et section du cordon.

Du temps d'Hippocrate (1) on ne coupait le cordon qu'après la délivrance. Si le placenta tardait un peu à sortir de lui-même, on plaçait l'enfant sur de la laine ou sur une outre légèrement percée, afin que, par l'affaissement graduel de ces corps, son poids réagît par degrés presque insensibles sur le délivre et l'entraînât sans secousse au-dehors. Si le placenta ne vient pas sur-le-champ, dit Aristote (2), on lie et on coupe le cordon, afin d'en séparer le fœtus. C'est également l'opinion de Fournier (3). Deventer veut encore qu'on fasse l'extraction du placenta avant de couper le cordon. Dionis se comportait tantôt d'une manière, tantôt d'une autre. Si les secondines n'exigeaient que de légères tractions pour être entraînées, il ne coupait le cordon qu'après la délivrance, et suivait une pratique opposée quand il paraissait nécessaire d'aller chercher l'arrière-faix avec la main. Le Bas (4) dit que Consell prescrit aussi, pour prévenir l'hémorrhagie, d'aller chercher le placenta avant de couper le cordon. Guillemeau (5) devait suivre la même doctrine, puisqu'il conseille d'emporter l'enfant près du feu, et de lui appliquer le placenta sur le ventre pour le ranimer. Au premier abord, la conduite des anciens paraît plus rationnelle, plus physiologique que celle des modernes.

---

(1) *De superfœtat.*, édit. Vanderlinden.

(2) *Histoire naturelle des animaux*, tome I, p. 443.

(3) *L'accoucheur méthodique*, etc., p. 95.

(4) *L'art d'accoucher*, etc., p. 69.

(5) *Œuvres compl.* in-folio, p. 306.

Il semble que le placenta doive suivre immédiatement le fœtus, ou au moins être séparé de l'utérus avant qu'il ne soit prudent de couper le cordon ; qu'avant de rien diviser, il faille permettre à la circulation d'arriver par degrés au type nouveau, qui va bientôt la mettre en rapport avec celle de l'adulte ; mais en réalité, on ne s'aperçoit pas que la pratique actuelle entraîne le moindre inconvénient pour le fœtus, et la mère s'en trouve certainement mieux. On objecterait en vain que cette conduite n'est pas naturelle; car elle est suivie par la plupart des animaux eux-mêmes, qui déchirent le cordon de leurs petits à mesure qu'ils sortent. Non-seulement on ne doit pas attendre que la délivrance soit effectuée; mais il est encore inutile de ne couper le cordon qu'après la cessation des battemens dans cette tige, ainsi que le conseillent Denman et A. Leroy. On n'est pas aussi généralement d'accord sur la question de savoir si c'est la section ou bien la ligature qui doit être pratiquée la première.

En commençant par la ligature, on est obligé de la faire sous les couvertures et sur le lit de travail. Il n'est pas aussi facile d'explorer l'ombilic. On s'ôte la ressource de pouvoir débarrasser les viscères du sang qui les engoue quelquefois. Enfin, dès que la respiration est établie, la circulation placentaire devient complètement inutile. Quand on coupe le cordon avant de le lier, on est libre d'emporter aussitôt le fœtus dans un lieu plus convenable, de le soigner s'il est malade, et de l'explorer avec toute l'attention désirable. Cependant il faut avouer que si l'enfant n'offre rien de particulier, l'une de ces méthodes ne présente, au fond, que de très-légers avantages sur l'autre, et qu'il est permis à chacun d'adopter celle qui lui plaît le mieux, sans que cela puisse influer sur le résultat définitif de sa pratique.

ART. 1er.—Section de l'ombilic.

Le lieu de la section est tout-à-fait arbitraire. D'après Guillemeau (1) et Fournier (2) « il faut, pour plaire aux vieilles femmes faire bonne mesure aux garçons et le couper court aux filles. » Deleurye (3) veut qu'on en conserve sept à huit pouces, afin de pouvoir renouveler la ligature en cas de besoin. Si on la pratique à quatre ou cinq pouces de l'ombilic, plutôt que plus loin ou plus près du placenta, c'est pour que ce qui reste du cordon n'embarrasse pas trop par son volume et permette d'appliquer la ligature à une certaine distance de l'abdomen. On pourrait employer, pour la faire, un instrument tranchant quelconque, et si on donne la préférence aux ciseaux, c'est parce qu'ils sont un peu plus commodes qu'un bistouri. Quoiqu'un instrument rouillé soit incapable de faire naître aucun accident redoutable, le tétanos, entr'autres, comme A. Leroy le pensait, il est tout simple cependant, de ne s'en servir que dans le cas où on n'en a pas de mieux aiguisé. D'un autre côté, il n'y aurait aucun avantage à déchirer, à contondre, à diviser cette tige en la sciant grossièrement, comme quelques auteurs, et le Bas (4) en particulier, l'ont recommandé, afin d'imiter de plus près les quadrupèdes, quand même on voudrait se dispenser de la ligature.

Le cordon coupé doit être pressé entre le pouce et l'indicateur, en cas que le sang tende à couler. Les trois autres doigts saisissent le siége; l'autre main se place sous les épaules et la nuque de l'enfant, qu'on emporte ainsi hors du lit de travail, et qu'on dépose ordinairement sur les genoux d'une garde. Là, on peut l'examiner à loisir. Avant de placer la ligature, on s'assure qu'aucun anse d'intestin n'a franchi l'ombilic, qu'il

---

(1) *OEuvres compl.* p. 307.—2, p. 111.
(2) *L'accoucheur méthodique*, etc., 1676.
(3) *Traité des accouch.* etc., p. 294.
(4) *L'art d'accoucher*, etc., p. 63.

n'y a point d'omphalocèle. Si cette tumeur existe, on tâche de la réduire, ou du moins de ne pas la comprendre dans le cercle du lien qu'on va placer sur le cordon, ainsi que cela était arrivé à des enfans observés par Trew (1), Sabatier, madame Boivin, M. Martin de Bazas (2) et comme M. Dupuytren en a aussi rencontré des exemples à l'Hôtel-Dieu. La vessie elle-même, ainsi que le prouve un fait observé par Peu (3) en 1648, pourrait aussi se laisser étrangler si elle se prolongeait dans le cordon. N'est-ce pas à cet accident que sont dus quelques-unes des fistules urinaires congénitales de l'ombilic ?

Du temps d'Aristote (4) et de Fournier (5), les sages-femmes avaient l'habitude de refouler dans le ventre du fœtus le sang contenu dans le cordon avant de le lier, et prétendaient, au moyen de cette pratique, renouvelée au commencement de ce siècle, redonner de la force et de la vigueur aux enfans faibles. Saucerotte (6), qui ne veut pas qu'on laisse coucher les enfans avec des vieillards, soutient, lui, qu'avant de lier le cordon il faut en refouler le sang vers le placenta.

D'autres ont, au contraire, soutenu avec Rhazès et les principaux médecins arabes, avec Mesmer et M. Sarton (7), qu'il fallait exprimer ce sang avec beaucoup de soin au lieu de le faire rentrer; qu'il fallait surtout évacuer l'espèce de sérosité ou de lymphe qui imbibe plus ou moins le cordon en le massant avec les doigts nus ou garnis d'un linge; attendu qu'ils attribuaient à la rétention de ces matières la proprieté de produire la petite vérole, les croûtes de la tête, le tétanos, les convulsions. Levret pense encore qu'en expulsant ces fluides on prévient l'ictère des nouveau-nés, celle du moins qu'il compare

---

(1) Moulaud, *Thèse*, Montpellier, 1804.

(2) *Bulletin méd.* de Bordeaux, avril 1834.

(3) *La pratique des accouch.* etc., p. 38.

(4) *Histoire naturelle des animaux*, etc., tome I, p. 445.

(5) Oper. citat., p. 104.

(6) *Journal gén.* tome II, p. 388, 389.

(7) *Journal gén.* tome IX, p. 421.

à l'ecchymose; mais cette opinion, que Desormeaux semble partager en partie, n'est pas soutenable, et ne mérite guère la peine d'être discutée.

ART. 2.—LIGATURE DU CORDON.

Quant à la ligature elle-même, De La Motte conseille comme Guillemeau (1) de la placer à un pouce, Deventer, Levret et les modernes à deux travers de doigt, d'autres à trois, quatre, cinq, six, à douze pouces même de l'abdomen. Quelques-uns ont conseillé d'en employer deux, et de façon que la plus rapprochée du ventre fût moins serrée que l'autre. Tantôt on a recommandé de la serrer fortement, tantôt de la serrer à peine. Tel se contente d'un seul tour et d'un simple nœud, tel autre veut qu'on fasse deux tours et un double nœud. Un troisième, à l'instar de Plenck et de Desormeaux, fait d'abord le premier tour et le premier nœud, puis replie le cordon en anses, pour faire un second nœud. Deleurye (2) qui veut qu'on coupe le cordon sur le champ et sans le lier, plaçait ensuite trois ligatures à quelques distances l'une de l'autre. Denman (3), qui défend de le couper sous les draps, parce que cette manière a produit à sa connaissance un accident, appliquait deux ligatures, mais par prudence seulement à trois pouces de l'ombilic. Barbaut (4) en plaçait une à 5 ou 6 travers de doigt de l'ombilic avant de délivrer la femme, et une seconde à 4 travers de doigt en deçà de la première pour couper le cordon dans l'intervalle. Un chirurgien de Bazas, M. Martin (5), comparant à tort le cordon ombilical aux artères malades qu'on veut oblitérer après la naissance, veut une ligature ronde au lieu d'un cordonnet plat. Le même observateur demande avec plus

---

(1) *OEuvres complètes* etc., in-folio, p. 307.

(2) *Traité des accouch.* etc., p. 281.

(3) *Introd. à la pratiq. des accouch.* etc., tome I, p. 434.

(4) *Cours d'accouch.* etc., tome II, p. 126.

(5) *Bulletin méd.* de Bordeaux, avril 1834.

de raison qu'on se tienne à une certaine distance de l'abdomen, afin de ne pas s'exposer au risque de placer le lien sur le bourrelet de tegumens qui s'avance un peu sur la racine du cordon. Il en est qui n'oseraient pas employer autre chose qu'un ruban de fil, tandis que d'autres se servent de ce qu'ils trouvent; mais, en fait, cette ligature est-elle bien nécessaire?

Aucun animal ne peut y avoir recours. Si on observe attentivement ce qui se passe après l'accouchement, on voit que les battemens artériels s'affaiblissent et disparaissent bientôt entièrement dans le cordon, en commençant par le placenta, et qu'au bout de quelques minutes on peut couper cette tige sans qu'il en résulte la moindre hémorrhagie. Ce phénomène remarquable, qu'on attribue au changement de direction des artères iliaques, à la gêne qu'éprouve le sang à passer dans l'aorte par le canal artériel et dans le cordon par les artères ombilicales, a constamment lieu quand tout se passe dans l'ordre normal, et dépend en réalité de ce que la force attractive du placenta est remplacée par celle de l'organe respiratoire, de ce que le délivre n'est plus qu'un corps inerte, dépourvu de vitalité, que le sang abandonne, comme il abandonne un membre gangréné ou asphyxié.

Il est tellement étranger à toute espèce de changement mécanique dans l'arrangement des vaisseaux, que si, comme Vésale, on ouvre le ventre d'un animal au terme de la gestation, on voit les battemens du cordon se maintenir tant que le fœtus continue de vivre sans respirer, et cesser, au contraire, dès que l'air pénètre librement dans les poumons. Béclard a vu la même chose sur des chiens. J'ai reçu, de mon côté, un fœtus humain à six mois de grossesse, dans sa coque. Les artères ombilicales continuèrent de battre avec force tant que les membranes ne furent pas rompues; mais elles tombèrent dans l'inertie aussitôt que les poumons et la poitrine, en contact avec l'air extérieur, tentèrent quelques mouvemens inspiratoires. Et ne voit-on pas tous les jours le sang couler ou s'arrêter spontanément sur le même enfant, selon que la respiration est libre ou gênée?

Quoi qu'il en soit de l'explication, toujours est-il qu'abandonné à lui-même et sans ligature, le cordon n'exposerait le plus souvent le fœtus à aucune hémorrhagie, à aucun accident, quand même il eût été coupé net et non mâché ou déchiré. Fantan et Schulze (1), qui repoussent toute ligature comme inutile, ont mis le fait hors de doute. Carboue (2), qui soutient la même doctrine, rapporte de nombreuses observations à l'appui. Il en est de même de Sedillot (3), qui ne lie le cordon que très tard et par respect pour les familles. L'inutilité de la ligature a encore été défendue depuis par Girard (4) de Lyon. M. Cantharel (5) dit que cette méthode était suivie sans inconvénient au dépôt de mendicité par M. Maisonabe à Montpellier. Enfin M. Hancock (6), qui conteste aussi la nécessité de la ligature du cordon, lui attribue le tétanos des nouveau-nés. Toutefois, comme le contraire peut arriver, comme il suffit que la poitrine soit trop comprimée, que le jeu de quelque organe soit gêné, pour troubler la circulation générale, et permettre au sang de se reporter à travers l'anneau de l'ombilic; comme on cite des enfans morts d'hémorrhagie dans leurs langes, parce que le cordon avait été mal lié; comme enfin la ligature n'entraîne par elle-même aucun danger, ne présente aucune difficulté, rien n'autorise à s'en dispenser; on serait même coupable de la négliger. Si les observations de Fanton et de Schulze prouvent qu'elle n'est pas indispensable, celles de Daniel démontrent qu'il ne serait pas toujours sans danger de l'omettre, même après la déchirure. Dans un cas que cite Mauriceau (7); le relâchement de la ligature amena une hémorrhagie qui causa la mort en deux jours. Un accident semblable eut lieu au bout de douze heures, dans l'observa-

(1) *Journal gén.* tome V, p. 347, ou *an fun. umbil. deligat.*, etc., 1733.
(2) *Ibid.* tome III, p. 334.
(3) *Ibid.* tome III, p. 335.
(4) *Ann. clin.* de Baumes, n° 117, p. 13.
(5) *Thèse*, Montpellier, avril 1813.
(6) *Lond. med.* mai 1831, p. 427.
(7) *Maladies des femmes grosses*, etc., p. 393.

tion de Desgland (1), et Berenger de Carpi (2) dit avoir vu des ânons et des poulains périr de la même façon. M. Merriman (3) relate deux observations semblables à celle de Mauriceau. On était d'ailleurs si convaincu de l'utilité de cette ligature chez les anciens, que les sages-femmes portaient le nom de coupeuses de cordon chez les Grecs, et qu'Aristote (4) leur demande pour toute qualité d'être habiles à lier le cordon.

Du reste, liée ou non, la tige ombilicale se détache constamment de l'abdomen au même endroit, c'est-à-dire à son union avec la peau, à quelques lignes, par conséquent, de la surface du ventre.

Je me suis toujours contenté de faire d'abord un tour, que j'étreins assez par un nœud simple pour fermer les vaisseaux. Ensuite je reporte les deux extrémités du fil en arrière, où je les croise, pour les ramener en devant et les fixer par un double nœud que je serre un peu davantage. Je m'en tiens à cette manière, parce qu'elle est fort simple, et que je ne l'ai j'amais vue suivie d'aucun accident. Mais si le cordon était très gros, j'imiterais volontiers, pour plus de sûreté, la conduite de Desormeaux et de Plenck, c'est-à-dire qu'après le premier nœud je renverserais le cordon en anse, pour le comprendre dans un second tour du fil.

Outre cette ligature, quelques praticiens en appliquent une autre sur le bout placentaire du cordon, pour prévenir, disent-ils, toute hémorrhagie du côté de la femme. Ce que j'ai dit du système vasculaire utéro-placentaire prouve que cette précaution est sans but. Elle ne peut être utile que dans les cas de jumeaux, encore faudrait-il que les vaisseaux d'un placenta communiquassent directement avec ceux de l'autre, ainsi que M. Mancel. M. Chevreul (5), Desormeaux et

---

(1) *Journal gén.* tome V, p. 345.

(2) *Ibid.* p 348.

(3) *Synopsis on difficult parturit.* etc., p. 22.

(4) *Histoire naturelle des animaux*, etc., tome I, p. 445.

(5) *Précis de l'art des accouch.* 1826, p. 101.

d'autres en ont rencontré des exemples (1). (*Voyez* grossesse multiple).

Smellie (2) remarque déjà que dans la grossesse simple, la ligature du bout placentaire est inutile. D'accord avec sa doctrine sur les rapports du placenta avec la matrice, Burton (3) suivait la même pratique; de même que Lemoine (4), qui admet une communication directe entre la mère et l'œuf, défend l'opinion opposée. Millot (5), qui pense comme Lemoine sur ce point, dit que la ligature sur le bout utérin du cordon favorise le décollement du placenta en y retenant le sang. C'est aussi l'opinion de M. Chevreul (6), qui dit avoir fait de nombreuses expériences comparatives sur ce point. M. White (7), qui réprouve cette ligature, prétend à son tour que c'est un moyen de hâter la délivrance, attendu que le placenta dégorgé rend, ainsi que le dit également Bodin (8), la réaction de la matrice plus facile. Quant aux jumeaux, on voit par les deux fœtus qui vinrent vivans à huit jours d'intervalle, quoiqu'on n'eût pas lié le cordon du premier né, et dont parle Guérin (9) d'Illiers; par un autre exemple que rapporte Burton (10) de deux jumeaux venus vivans à neuf heures de distances, sans ligature et sans hémorrhagie, on voit, dis-je, que la ligature ne leur est pas non plus indispensable excepté dans la circonstance que j'ai indiquée, et qui est assez rare. Dans un accouchement de tri-jumeaux, M. Colombe (11) a constaté aussi qu'il ne se faisait aucune hémorrhagie par le

---

(1) *Bulletins de la Faculté*, tome V, p. 149.

(2) *Théorie et pratiq. des accouch.* tome I, p. 238.

(3) *Nouv. syst. des accouch.* etc., p. 185.

(4) *Ibidem.*

(5) *Supplém. à tous les traités*, tome I, p. 342.

(6) *Précis de l'art des accouch.* etc., p. 99.

(7) Ingleby *on uterin hemmorrhag.*, etc., p. 39.

(8) *Essai sur les accouch.* 1797, p. 18.

(9) *Acad. des Sc.* etc.

(10) *Nouv. syst. de accouch.* etc.

(11) *Thèse de Concours*, p. 13, 1834.

bout placentaire du cordon, bien qu'on eût fait la section de cette tige immédiatement après la sortie de chaque enfant, et que les trois fœtus soient venus vivans.

SECT. II. Du nettoyage de l'enfant.

Sans me charger de décider si nos premiers parens se donnaient ou non la peine d'enlever l'enduit onctueux qui couvre et salit la peau du fœtus à sa naissance; sans revenir sur la question de savoir si, comme le pensent M. Richerand et la plupart des physiologistes de nos jours, cet enduit est un simple résultat de la sécrétion sébacée, plutôt qu'un dépôt de quelque principe contenu dans les eaux, comme le veulent les médecins chimistes, d'après Vauquelin, je dirai, contre l'opinion de Deleurye (1) et de Gaultier de Claubry, qu'il ne peut y avoir que des avantages à le faire disparaître. S'il entrait dans le but de la nature de le conserver, pourquoi la chèvre, la vache et tant d'autres animaux lècheraient-ils avec soin, et quelquefois si rudement, leurs petits aussitôt qu'ils sont nés? Je sais qu'en le laissant, il n'en résulterait pas de graves inconvéniens, qu'il s'enlèverait de lui-même au bout de quelques jours en s'attachant aux vêtemens, ou avec l'épiderme qui le supporte et dont la peau se dépouille dans les premières semaines de la vie. Je ne pense pas enfin que sa présence puisse avoir une grande influence sur la production des croûtes du crâne, *du chapeau* des enfans à la mamelle, ou des autres parties du corps, ni par conséquent qu'il faille à tout prix en détacher minutieusement jusqu'à la dernière parcelle; mais bien, qu'on ne doit en laisser que là où il adhère trop pour qu'on puisse l'enlever facilement.

Quand on se contente de l'essuyer avec un linge, à moins qu'on n'exerce des frottemens trop forts et trop longuement répétés pour n'être pas quelquefois dangereux, il en reste

(1) *Traité des accouch.* etc, p. 381.

toujours une certaine quantité sur différens points de la peau. On ne réussit guère mieux en immergeant le fœtus dans un bain d'eau tiède, à moins que ce ne soit une eau mucilagineuse ou savonneuse.

On doit d'abord le délayer, l'étendre avec un peu de beurre frais ou d'huile, de mucilage, de graisse douce quelconque, ou mieux encore avec un jaune d'œuf, qui le rend miscible à l'eau. On pourrait aussi se servir d'eau légère de savon sans beaucoup d'inconvénient, mais les autres substances sont préférables. C'est aux principaux plis des membres, à la tète et au cou, que cet enduit cérumineux se rencontre surtout en abondance. Quand il est bien détaché du corps, on l'absterge doucement avec un linge sec; après quoi, on peut se borner, pour terminer ce nettoyage, à promener une douce éponge, d'abord imbibée d'eau tiède, ou d'eau mêlée d'un peu de vin, puis sèche, sur la peau, pour la débarrasser du sang ou autres matières dont elle peut encore être couverte. Le lavage avec du vin rouge, comme le prescrit Dionis (1), est pour le moins inutile.

Il est des personnes qui veulent que l'enfant tout entier soit plongé dans un bain, et je ne vois pas pourquoi l'accoucheur refuserait cette petite satisfaction aux parens, quand ils y tiennent. Si je la néglige ordinairement, c'est tout simplement parce qu'elle entraîne quelques longueurs, et ne mérite assurément pas l'importance que lui ont accordée certains accoucheurs.

On ne conçoit pas comment de graves auteurs ont pu défendre la conduite des anciens peuples de la Germanie, de la Bretagne, de la Scythie, du Groënland, et conseiller, à l'instar des Lacédémoniens, de plonger le fœtus dans de l'eau froide ou à la glace, de le rouler même dans la neige aussitôt après sa naissance, comme il paraît qu'on le fait encore dans quelques recoins de la vaste Russie. La vigueur et la constitution robuste de ces peuples dépendaient de leur régime et des

---

(1) *Traité gén. des accouch.* etc., p. 211.

exercices auxquels ils se livraient. Si, chez eux, il n'y avait point d'enfans faibles et délicats, cela s'explique, non pas en disant que le bain froid donne de la force et de la santé aux enfans chétifs; mais bien parce que ceux qui étaient faibles d'abord ne tardaient pas à succomber, et que les plus vigoureusement constitués résistaient seuls. On peut voir d'ailleurs, par le travail de MM. Edwards et Villermé (1), combien une température froide augmente la mortalité des nouveau-nés. Cette pratique était une épreuve toute naturelle chez des peuples qui ne voulaient dans leur république que des citoyens forts, et regardaient les hommes infirmes comme plus embarrassans qu'utiles; mais, comme dans notre état actuel de civilisation, les hommes les plus robustes ne sont pas toujours ceux qui remplissent les rôles les plus importans, il n'est plus permis de négliger la vie de personne, et tous les enfans, délicats ou vigoureux, ont des droits égaux à la protection de leurs parens et de la société tout entière.

Les bains médicamenteux, alcooliques, fortifians, en usage du temps d'Avicenne et de Fournier (2), me semblent mériter la même réprobation en thèse générale. S'ils sont actifs, ils ôtent à la peau de sa souplesse, gênent le mouvement expansif des fluides et peuvent faire naître les accidens les plus graves. Faibles, ils sont au moins inutiles, et je ne les emploierais qu'autant que le fœtus aurait besoin d'être excité d'une manière générale pour imprimer une activité plus grande à ses fonctions languissantes. Ainsi, à moins d'indications particulières, les lotions et les bains d'eau tiède simples sont les seuls que la prudence permette de conseiller.

SECT. III. De l'emmaillotage de l'enfant.

Le fœtus, lavé, nettoyé et mis à sec, réclame encore quelques soins. Il faut que l'accoucheur préside à son premier

---

(1) *Bibl. méd.* 1829, tome II, p. 141.—*Revue méd.* tome 4. I, p 77.

(2) *L'accoucheur méthodique*, etc., p. 13.

habillement ; qu'il surveille au moins l'application du bandage de ventre et de la compresse du cordon.

La forme de cette compresse est, par elle-même, peu essentielle. Baudelocque veut qu'on la mette en double, et que, d'un coup de ciseau, on fasse une demi-lune assez profonde à son bord replié ; qu'après avoir fendu l'une de ses moitiés depuis ce trou jusqu'à son extrémité libre, on loge la racine du cordon dans l'échancrure qui en résulte ; que sa portion pleine reste en dessous et que les deux moitiés de sa portion divisée soient renversées et croisées en devant. Cette méthode en vaut une autre. On place le tout à la partie supérieure et gauche de l'abdomen plutôt qu'à droite, à cause de la présence du foie. Une seconde compresse, souple et carrée, recouvre la première. Une bande, large de trois à quatre doigts et assez longue pour faire une fois et demie le tour de l'abdomen, maintient le tout. On fixe cette bande vers l'un des flancs plutôt que sur le milieu du ventre, avec une épingle, qui est loin d'exposer aux dangers que quelques personnes lui ont reprochés, ou par un point d'aiguille. Trop serrée, elle serait nuisible. Trop lâche, elle glisserait et ne servirait à rien. Ce petit appareil, qui a pour but de prévenir les tiraillemens du cordon et son contact avec la peau, doit être conservé ou réappliqué jusqu'à la chute de celui-ci. Il faut même le continuer encore quelques jours, quelques semaines, ou même quelques mois après, si le nombril est trop saillant ou s'il y a menace d'omphalocèle. En général, c'est vers le cinquième jour que le cordon se sépare de l'ombilic ; mais il est des enfans sur lesquels cette chute s'effectue dès le deuxième jour, tandis que chez d'autres elle n'a lieu que le neuvième ou le dixième. La dessiccation commence par son extrémité libre, ainsi que l'ont bien observé Billard (1) et M. Orfila (2). La gélatine qui l'imbibe se rétracte sur les vaisseaux, qui se trouvent bientôt comme étranglés par elle et non par l'épiderme, jusqu'à l'anneau, comme

(1) *Archiv. gén.* tome XII, p. 570.
(2) *Méd. légale*, etc, tome I, p. 68.

l'a cru Gardien. Réduits à un pédicule de plus en plus mince, ces vaisseaux ne tardent pas à se séparer des parties vivantes, en sorte que la grangrène dont parle Haller, la constriction indiquée par Gardien, l'inflammation éliminatoire observée par Béclard, Chaussier et M. Orfila, ainsi que l'espèce de putrescence notée par M. Denis (1), ne sont que des phénomènes accidentels, et non pas la cause de la chute du cordon ombilical. Lorsqu'après cette chute il reste une petite plaie, elle se cicatrise ordinairement d'elle-même du huitième au douzième jour. Tous les onguens, toutes les eaux recommandées par les commères, pour l'obliger à se fermer plus tôt, sont inutiles, et produiraient même un résultat opposé. On doit se contenter de la couvrir d'un linge sec et fin, ou de la saupoudrer avec un peu de farine ou de poudre de lycopode.

Avant d'envelopper le cordon, on avait déjà commencé de vêtir l'enfant, on lui avait déjà couvert la tête, les bras et la poitrine. Grâces à la plume acerbe de Rousseau, il n'est que rarement nécessaire aujourd'hui de combattre l'emploi de ces absurdes maillots, que permet et décrit encore Levret, qui faisaient d'un enfant nouveau-né un tout immobile, une sorte de marotte qu'il suffisait de prendre par les pieds pour en soulever la totalité. A ce sujet, la réforme est portée si loin en Angleterre, qu'au lieu de langes, c'est une longue robe, sorte de sac de laine fine, qui sert de maillot à l'enfant. En France, on lui met encore une camisole, petite brassière en laine, garnie d'une chemisette souple, qu'on fixe par derrière avec des épingles; puis on l'enveloppe d'un lange de toile et d'un autre en laine ou en coton. Ces langes sont élevés jusqu'aux aisselles, font une fois et demie le tour de la poitrine et se croisent par-devant dans toute leur longueur; ensuite on en replie l'extrémité pour la ramener à la partie supérieure du thorax, et en porter les angles au dos, où on les attache également avec des épingles.

Tout ceci, au surplus, est bien plus de la compétence des

---

(1) *Malad. des enfans*, etc., p. 31, 92, 96, 118.

femmes, des gardes-malades en particulier, que de celle du médecin. Pourvu que l'enfant soit à l'aise, libre de ses mouvemens, que les pièces de linge qui l'enveloppent soient souples et puissent le tenir chaudement, peu importe leur forme, leur nature, ou la mode qu'on suit dans leur arrangement. Tout le reste doit être abandonné aux goûts et aux caprices des familles ou des assistans.

SECT. IV. Allaitement.

Si l'enfant doit être nourri par sa mère elle lui présentera le sein aussitôt que possible ; dans le cas contraire il peut rester vingt-quatre et même trente-six heures à ne prendre que de l'eau sucrée, ou de l'eau d'orge coupée avec du lait.

On ne lui donnerait une cuillerée de sirop de chicorée ou de fleurs de pêcher dans de l'huile d'amande douce, comme c'en était la mode autrefois, que s'il ne rendait pas son méconium au bout de deux ou trois jours.

Pour le nourrir artificiellement, on devrait préférer les biberons à cupule de liége de M. Darbo, et de bon lait de vache à tous les autres moyens.

Une nourrice étrangère doit être brune ou châtaigne plutôt que blonde, forte, d'un caractère doux et affectueux, âgée de vingt à trente ans, et d'un lait un peu plus avancé que celui de la mère.

ART. 1er.—Mamelons artificiels.

Outre les gerçures et les excoriations, l'absence ou la mauvaise conformation du mamelon peut encore réclamer l'emploi des bouts de sein artificiels. De cette façon le nouveau-né tête moins bien d'abord, mais la mère souffre infiniment moins et finit par guérir. La construction des mamelons factices a d'ailleurs été singulièrement perfectionnée dans ces derniers temps.

Madame Breton en fabrique avec de la tétine de vache qui sont très-souples et très-commodes pour les enfans faibles,

mais qui s'affaissent aisément au point d'arrêter la succion sous les lèvres des enfans robustes.

Ceux que M. Salmer construit en gomme élastique, sont plus simples et plus solides ; mais ils ont un aspect et une odeur qui répugnent à beaucoup de nouveau-nés.

Les meilleurs sont ceux que M. Darbo fait avec du liège et qui n'ont d'autres inconvéniens que d'être un peu durs et trop fragiles.

ART. 2.—Pompe à sein.

Si le mamelon naturel est réellement trop court, il ne faut pas hésiter à se servir de la pompe à sein pour l'allonger. C'est une espèce de ventouse, armée d'un long tube qui permet à la femme de faire elle-même le vide au moyen de la succion. Celle que Coutouly avait imaginée vaut moins que celle de M. Darbo, en ce que le tube de celle-ci est en caoutchouc couvert de soies, flexible par conséquent, au lieu d'être en verre comme dans les autres espèces de pompes à sein employées généralement.

Quand il y a trop de lait, il vaudrait mieux recourir au liniment de M. Rancque (1), (eau de laurier-cerise ℥ ij.—Extrait de belladone, grains 40.—Ether ℥ j.) qu'à l'extrait de ciguë donné à l'intérieur comme le veut M. d'Outrepont (2). Quelques purgatifs et l'usage de légumes secs, des haricots, des lentilles, par exemple, conviendraent en même temps.

SECT. V. Accidens de la lactation.

ART. 1er.—Gerçures des seins.

La femme qui nourrit est exposée à quelques accidens du côté des seins. Celles qui allaitent pour la première fois surtout sont très-sujettes aux gercures. Un mélange par parties égales

---

(1) *Clin. des hôpitaux*, etc., tome III, p. 407.

(2) *Lancette fr.* tome IV, p. 228.

d'huile et d'eau de chaux est un des meilleurs linimens à employer en pareil cas. Le baume du samaritain convient aussi très-bien. Il en est de même de l'onguent populeum. M. Gass (1) dit qu'à Strasbourg on réussit mieux avec le nitrate d'argent; mais il faudrait se garder de mettre en usage le sublimé corrosif à la dose de deux grains par once d'eau, comme M. Feist (2) n'a pas craint de le conseiller.

Au surplus, si l'enfant cesse de têter, les gerçures cèdent rapidement aux moyens convenables et même spontanément. Dans les cas contraires, elles résistent généralement à tout, et l'emploi des mamelons artificiels est le seul secours efficace qu'on puisse offrir à la femme. Une pommade à essayer cependant serait celle que M. Ledoux (3) dit employer avec tant d'avantages et dont je me suis moi-même assez bien trouvé. Elle est ainsi composée : mucilage de coing, par l'alcool à 18 degrés, onguent populeum, cérat anhydre, noix de galle dans les proportions convenables pour faire une pommade de consistance ordinaire.

ART. 2.—Engorgement des seins (vulgairement *Poil*).

Les seins d'une nourrice s'engorgent de différentes manières. Tantôt ils deviennent tout-à-coup bosselés, modérément douloureux et sans changement de couleur à la peau. Le lait semble s'être grumelé dans ses propres canaux. D'autres fois le gonflement, moins rapide, en général moins étendu, est accompagné de douleurs, de battemens, de chaleur, d'élancemens, comme dans les tumeurs franchement inflammatoires.

Dans le premier cas, il faut couvrir le sein de coussins ouatés ou de linges bien chauds et le présenter souvent à l'enfant. Si cela ne suffisait pas, on le frictionnerait avec un demi-gros d'ammoniaque délayé dans un jaune d'œuf. Dès que l'engor-

---

(1) *Thèse*, Strasb. 10 août 1832.

(2) *Lancette fr*. tome V, p. 24.

(3) *Bibl. méd*. 1829, tome II, p. 303.

gement est véritablement douloureux au contraire on doit recourir aux cataplasmes de farine de lin ou de mie de pain, aux sangsues en grand nombre, à la saignée même, à la médication complètement antiphlogistique enfin.

ART. 3.—PHLEGMONS.

Chez les femmes qui ne nourrissent pas les *engorgemens laiteux* se transforment promptement en phlegmons; mais ce n'est guère que dans les six à dix premiers jours, tandis que chez les autres ils sont possibles pendant tout le cours de la lactation. D'une façon comme de l'autre, il faut les ouvrir plutôt que plus tard et profondément.

Lorsque la matrice est entièrement dégorgée, revenue sur elle-même, c'est-à-dire au bout de six semaines ou deux mois, la menstruation se rétablit comme avant la grossesse. L'allaitement semble tenir lieu de ce phénomène chez la mère qui nourrit son enfant. Il en est plusieurs cependant qu'une lactation continue n'empêche pas d'être réglées et qui, comme le dit Burton (1), comme le soutient Lemoine (2), comme je l'ai vu moi-même, s'en tirent néanmoins avec bonheur, quoique plus fatiguées.

CHAPITRE II.

Enfant à l'état de maladie.

Le fœtus peut naître faible ou même dans un état de mort apparente. Alors les soins qu'on lui donne doivent varier selon le danger et la nature de l'accident qui compromettent sa vie.

SECT. I. DE L'ASPHYXIE.

Si l'enfant n'est que faible, sans être positivement malade, on le traite comme il a été dit plus haut. On prend plus de

(1) *Nouv. syst. des accouch.* etc. p. 535.

(2) *Ibidem.*

précautions encore contre le froid. On ajoute un peu de vin à l'eau qu'on emploie pour le laver ou le nettoyer, et on ne fait rien qui puisse gêner en aucune manière la respiration.

ART. 1er. CAUSES.

La faiblesse peut être portée à l'extrême. Quelquefois le fœtus ne crie ni ne respire; sa peau est pâle; la circulation languit; le cœur bat à peine. Sans la chaleur qui se conserve, et les mouvemens plus ou moins obscurs des artères ombilicales ou de l'organe central de la circulation, la mort serait évidente.

C'est cet état qu'on connaît sous le nom d'*asphyxie des nouveau-nés*, que Gardien aime mieux appeler *syncope*, que d'autres ont désigné par le terme d'*anémie;* mais qui, dans le fait, diffère sous une foule de rapports de ces trois états morbides, et qui, à la rigueur, se rapprocherait encore plus cependant du dernier que des deux autres.

On l'observe particulièrement à la suite d'accouchemens prolongés, quand on a pratiqué la version, quand le fœtus naît avant terme, ou chétif et peu développé, lorsqu'une perte est survenue pendant le travail ou quelques jours auparavant, surtout celle qui tient à l'implantation du placenta sur le col, ou qui vient directement des vaisseaux du cordon.

Sa cause est donc, d'une part, le défaut du sang, qui n'arrive pas au cerveau et dans les poumons en suffisante quantité pour mettre les organes en action; de l'autre, le manque d'*incitation* des muscles inspirateurs, et peut-être aussi, dans quelques cas, la présence de mucosités trop abondantes ou de l'eau de l'amnios dans la trachée, comme l'ont prétendu Héroldt et Schèele. Desormeaux semble penser avec Fréteau, que la compression du cordon peut aussi la déterminer, en fermant le passage au sang dans la veine, tandis qu'elle laisse les artères plus ou moins perméables; mais j'ai fait voir ailleurs ce qu'il est permis de penser de cette opinion.

Au total, l'asphyxie des nouveau-nés me paraît devoir être rapportée à ce que le sang de l'enfant n'a pas subi, dans les derniers momens du travail, sa modification placentaire, à

ce qu'il a cessé d'être soumis à cette espèce de respiration interne, qui, dans l'ordre normal, se maintient jusqu'à ce que la respiration réelle soit positivement établie.

ART. 2. — TRAITEMENT.

Ce n'est pas en ramenant le sang du cordon vers le ventre, comme le veut Aristote (1), qu'on peut alors rappeler la vie. Peu (2) montre déjà tout le ridicule de la pratique qui consiste à placer sur le ventre du fœtus le placenta encore chaud, ou réchauffé soit sous la cendre, soit dans du vin bouillant, comme l'indiquent Guillemeau et Portal (3). Si les sages-femmes demandent à lui frotter les lèvres avec une pièce d'or, dit Peu (4), c'est que cette pièce doit retomber dans leur poche! Smellie (5) n'en conseille pas moins encore, si le fœtus respire à peine, et que la délivrance soit opérée, de mettre et de tenir le placenta dans l'eau chaude. La première chose à faire est d'enlever les mucosités filantes qui peuvent remplir la bouche, soit avec le doigt, soit avec un pinceau sec ou préalablement trempé dans une solution de muriate de soude. Rien ne prouve qu'il soit utile, ou même sans danger, de renverser le fœtus, la tête en bas, pour forcer les matières contenues dans la trachée de s'échapper, ni de les aspirer avec un tube, comme Héroldt et Schèele disent l'avoir pratiqué.

§ I. *Circulation et chaleur du délivre.* S'il y a quelque raison de croire que le placenta conserve encore une partie de ses rapports naturels avec l'utérus, si surtout il reste encore quelque frémissement, quelque battement dans le cordon, on peut suivre le conseil de Levret,

---

(1) *Histoire naturelle des animaux*. etc., tome I, p. 445.

(2) *Pratiq. des accouch*. etc., p. 187.

(3) *Pratiq. des accouch*. etc., p. 43.

(4) Oper. citat.

(5) *De la théorie et de la pratiq. des accouch.* etc., tome I, p. 256.

Smellie, Barbaut (1), Freteau (2), Piet (3), Chaussier, et ne pas trop se presser d'en faire la section ; mais si la matrice est revenue sur elle-même, si les adhérences du délivre sont évidemment détruites, il n'y aurait que des inconvéniens à ne pas séparer promptement le fœtus de sa mère. Pour que le fait dans lequel A. Petit (4) a vu le fœtus en quelque sorte cesser de vivre ou renaître à l'instant où le cordon était comprimé ou relâché, méritât une confiance entière, il faudrait que des détails mieux circonstanciés l'accompagnassent. En supposant que les secondines soient sur le point d'être expulsées ou déjà sorties, et qu'il y eût encore quelques battemens dans le cordon, je ne répugnerais point à les maintenir quelque temps dans du vin étendu d'eau chaude, comme beaucoup d'auteurs, Beauchesne et Dorthal entre autres, l'ont encore prescrit de nos jours; mais, dans les autres cas, je ne vois pas ce que l'on gagnerait à se conduire ainsi.

§ II. *Révulsifs.* Ainsi donc, comme il importe que le fœtus conserve le peu de sang qui lui reste, on doit faire la ligature du cordon avant de le couper. Le nouveau-né est aussitôt soustrait aux regards de la mère. On le transporte près d'un feu bien clair, ou bien on le plonge, jusqu'aux aisselles, dans un bain tiède rendu plus ou moins excitant par l'addition d'un peu de vin ou d'eau-de-vie. On lui imprime de légères secousses en le frappant du plat des doigts sur la poitrine, le dos ou les fesses. On exerce de légères pressions sur le thorax comme pour ébranler le diaphragme. Van-Swieten parle de sages-femmes qui appliquaient la bouche sur la mamelle gauche de l'enfant, et qui exerçaient sur cet organe ou quelque autre point du thorax une succion dont elles retiraient de grands avantages. Au lieu

---

(1) *Cours d'accouch.* tome II, p. 100.

(2) *Journal de méd.*, tome VI, p. 96.—Voyez le *Rapport* de Baudelocque sur ce sujet

(3) *Journal gén. de méd.*, etc., tome VI, p. 58.

(4) *Ibid.* p. 41.

de la bouche, on pourrait se servir d'une ventouse. Cette pratique, reproduite par Saccombe, peut être de quelque utilité, selon Desormeaux, en excitant l'action des muscles; mais elle est incapable de produire, comme on le prétend vé, uneritable dilatation mécanique de la poitrine. On frictionne les tempes, le pourtour du nez, le front, la base du cou et le rachis avec les doigts trempés dans de l'eau de Cologne, de l'alcool, etc., ou bien à sec avec une brosse plus ou moins rude. On stimule l'intérieur de la bouche et des narines en y portant du vinaigre, de l'eau-de-vie ou quelque autre liqueur irritante, ou bien tout simplement avec les barbes d'une plume. A l'imitation de Desormeaux, je me suis servi avec avantage d'une gorgée de liquide alcoolique, tenue quelques instans dans la bouche et chassée ensuite avec force, en forme de douche ou d'ablution, sur la poitrine de l'enfant. On a fait usage avec succès de la fumée de linge ou de papier brûlé, introduite dans le rectum. L'oignon, l'ail, portés dans l'anus, dans la bouche ou sous le nez, produisent à peu près le même effet, et sont moins dangereux que l'ammoniaque ou le vinaigre radical, qui agissent promptement comme caustiques, s'ils ne sont pas largement étendus d'eau. On presse simultanément et avec ménagement le ventre et le thorax, pour tâcher de faire entrer le diaphragme en contraction. Pendant toutes ces pratiques, le fœtus sera constamment tenu chaudement; car sans cette précaution l'action des autres moyens resterait le plus souvent inefficace. Il faut les continuer longtemps, ne pas se lasser, et redoubler de patience dès que le moindre signe de vie se manifeste. Ce n'est quelquefois qu'après une demi-heure, une heure, deux heures de soins, que les efforts de l'accoucheur sont couronnés de succès, et il n'est pas sans exemple d'avoir vu des enfans abandonnés comme morts depuis quelques heures, revenir à la vie, sans autre secours que la température du lieu où on les avait déposés. G. De la Tourette (1) dit n'avoir réussi qu'au bout de

(1) *Art des accouch.* tome II, p. 162.

trois heures chez un nouveau-né qui a continué de vivre ensuite.

§ 3. *Insufflation.* Quand ces différens moyens sont sans effet, on a recours à l'insufflation pulmonaire, qui se pratique, soit à l'aide d'un tuyau de plume, d'une sonde de femme, d'une canule quelconque introduite dans la bouche ou les narines, ou bien en soufflant directement avec la bouche dans les voies aérifères. Le tube laryngien imaginé par Chaussier, tel surtout que l'a modifié M. Guillon (1), ayant l'avantage de remplir assez exactement la glotte presqu'entièrement dépourvue d'épiglotte chez le fœtus (2), vaudrait mieux que la canule droite d'Héroldt ; mais une simple sonde de gomme élastique, instrument qu'on trouve partout, est presque aussi commode. On l'introduit *par la bouche*, jusqu'au fond du pharynx ; puis, pendant qu'on la pousse, on va en recourber l'extrémité avec le petit doigt pour la forcer à pénétrer dans le larynx plutôt que dans l'œsophage. Une fois placée, on ferme les narines et la bouche du fœtus, et l'insufflation peut être commencée. Cependant, si les expériences tentées par Winslow, Héroldt, Schèele, Viborg, Schmidt et Béclard prouvaient sans réplique, comme le pensent leurs auteurs, que l'eau de l'amnios pénètre jusqu'aux bronches pendant la vie intra-utérine, il serait peut-être utile d'en débarrasser la trachée-artère par aspiration ou autrement, avant d'essayer l'insufflation ; mais il existe encore trop d'incertitude sur ce point, pour qu'il puisse servir de base à n'importe quel plan de pratique.

Curry, Chaussier et d'autres, avaient d'abord pensé qu'en soufflant avec la bouche on ne faisait pénétrer dans les organes pulmonaires du fœtus qu'un air vicié ou plus ou moins altéré, et qu'il vaudrait mieux se servir d'un soufflet ; mais on a bientôt reconnu que tant de précautions étaient inutiles,

---

(1) *Compte rendu de la Soc. de méd. prat.* Paris, 1829.

(2) Maingault, *Rev. méd.* 1829, tome II, p. 154.

que l'air, légèrement échauffé dans le poumon d'un adulte et chargé d'une douce humidité, devait mieux convenir aux organes du nouveau-né qu'un air plus sec et plus froid. Hérold a d'ailleurs prouvé que le gaz rendu par l'expiration, dans ce cas, ne contient qu'un centième d'oxygène de moins que l'air atmosphérique.

Comme il importe que l'air aille dans les voies respiratoires et non dans le canal alimentaire, il est bon qu'avec la main appliquée sur le cou un aide presse légèrement le larynx et le tienne contre le devant des vertèbres cervicales, afin d'aplatir le plus complètement possible l'œsophage.

On souffle d'abord avec beaucoup de lenteur. Quand les poumons sont assez remplis pour abaisser le diaphragme et soulever les parois du thorax, comme dans une inspiration naturelle, on s'arrête pour comprimer légèrement l'abdomen et la poitrine et simuler l'expiration. On recommence de la même manière, et l'on établit ainsi une sorte de respiration artificielle, dont quelques auteurs ont certainement exagéré les avantages. Elle n'a qu'incomplètement satisfait Desormeaux, ne m'a réussi non plus que dans un petit nombre de cas, et, d'après les recherches de M. Leroy (d'Étiole) elle ne laisse pas d'être dangereuse, à moins que son emploi ne soit accompagné des plus grands ménagemens. Sage (1), qui invoque les essais de Girau l et de Portal, soutient déjà que l'insufflation réussit rarement, et qu'elle n'est pas sans inconvéniens.

Ce n'est pas l'action du poumon, en effet, mais bien celle des muscles inspirateurs, qui devrait être mise en jeu la première. Or, comme on obtient justement l'inverse par l'insufflation, il en résulte, d'après M. Leroy, que, le plus souvent, l'air s'arrête dans les grosses divisions bronchiques, et qu'on parvient rarement à le pousser jusqu'aux cellules aériennes,

---

(1) *Académie* de Berlin, tome II, p. 166.

à moins de produire un emphysème, qui suffit à lui seul pour causer la mort.

§ 4. La *trachéotomie* proposée, en désespoir de cause, par Héroldt, déjà fort dangereuse par elle-même, n'offrirait du reste aucun avantage sur l'insufflation simple, et doit être proscrite.

§ 5. L'*électricité* et le *galvanisme*, conseillés par Crève, Behrends, Boer, Gardien, etc., pourraient être aussi d'un grand secours, soit comme moyen principal, soit comme accessoire, dans le traitement de l'asphyxie des enfans nouveau-nés. On en dirigerait les courans à travers la poitrine, ou de la bouche à l'anus. Je dois avouer néanmoins que je l'ai tenté deux fois sans succès, quoique j'aie employé une auge double de vingt et une couples métalliques, et que l'action de la pile fût très forte. L'électro-puncture, essayée par M. Leroy sur des animaux, aurait peut-être plus d'efficacité, en permettant d'agir directement sur le diaphragme; mais on n'en a point encore fait, que je sache, l'application au fœtus humain.

Quand on doit réussir, les pulsations du cœur et du cordon reparaissent peu à peu, les muscles reprennent graduellement leur fermeté naturelle, la peau se colore légèrement, la chaleur se rétablit, puis quelques mouvemens respiratoires, d'abord très faibles et très irréguliers, ensuite de plus en plu marqués, ne tardent pas à paraître; des cris se manifestent enfin, et dès-lors l'enfant est sauvé. Il serait imprudent, toutefois, de chanter trop tôt victoire. Je suis parvenu à rétablir les mouvemens du cœur et de la respiration pendant plus de trois heures, au moyen de l'insufflation et du galvanisme, chez deux fœtus que je fus cependant obligé d'abandonner.

SECT. II. DE L'ÉTAT APOPLECTIQUE.

Au lieu de venir pâle, anémique, exsangue, l'enfant naît quelquefois dans un état tout opposé. Sa peau est d'un rouge bleuâtre ou livide plus ou moins foncé, surtout à la face, et paraît épaissie. Tous les organes semblent être le siége d'une congestion générale. Les membres sont souples et im-

mobiles. La circulation est suspendue, en tout ou en partie, et l'on observe d'ailleurs les autres signes indiqués tout-à-l'heure.

ART. 1er. Causes.

On comprend, au reste, qu'une semblable maladie doit se présenter à divers degrés, et produire à l'intérieur des altérations variables. A l'ouverture des cadavres, on rencontre assez souvent du sang fluide, épanché entre les méninges ou dans la substance cérébrale elle-même. D'autres fois, le plus fréquemment même, le sang ne s'est point échappé des vaisseaux, ou ne forme que de légères ecchymoses dans différentes parties; mais il est en excès dans tous les systèmes organiques, qui en sont comme engoués et partout imbibés.

On observe l'état apoplectique, surtout chez les enfans forts, à la suite d'accouchemens pénibles et longs, de l'application du forceps, de la parturition par le pelvis, soit spontanée, soit artificielle; lorsque le fœtus est resté plusieurs heures sous l'influence directe des contractions utérines, après l'écoulement des eaux; qu'il s'est présenté dans une mauvaise position, qu'il est trop volumineux pour traverser facilement les passages; qu'une anse du cordon lui serre le cou, ou se trouve comprimée elle-même d'une manière quelconque, et, en particulier, quand ces accidens coïncident avec une disposition pléthorique antérieure.

Sa cause immédiate est la compression ou l'engorgement du cerveau; ce qui n'empêche pas le défaut de revification du sang d'en être la cause occasionelle aussi bien que l'asphyxie. Gardien, combattant Chambon, MM. Courraut et Capuron, a certainement tort de soutenir que la compression du cordon est aussi incapable de produire l'état apoplectique qu'elle détermine facilement l'asphyxie.

ART. 2.—Traitement.

Quand un enfant naît dans cet état, on doit se hâter de dégorger le système vasculaires. En agissant de bonne heure,

lorsqu'il n'y a point d'épanchement, on réussit en général très promptement à faire disparaître les symptômes alarmans. Dans les circonstances opposées, la mort est ordinairement inévitable; mais, ainsi que le remarque Desormeaux, comme il n'est pas possible de distinguer *à priori* la simple congestion de l'hémorrhagie encéphalique, l'accoucheur serait répréhensible de ne pas prodiguer à l'enfant, dans tous les cas, les mêmes soins que si l'affection était plus grave.

Si l'accident a pour cause la compression exercée par le cordon sur les veines jugulaires, il faut se hâter d'en défaire les circulaires ou de le couper, s'il n'est pas possible autrement d'en débarrasser le fœtus. Dans les autres cas, il serait également dangereux d'attendre les cris de l'enfant avant de le séparer de sa mère, ou de s'amuser à plonger le placenta dans un liquide chaud. La section du cordon est le premier et le principal remède qu'il faille mettre en usage. On n'en pratique la ligature qu'après la disparition de tout symptôme fâcheux, parce que l'avantage de cette section est de donner au sang une issue facile. Pour favoriser l'écoulement de ce fluide, il est parfois nécessaire de presser doucement la poitrine, l'abdomen et le cordon lui-même, dont on rafraîchit de temps en temps la section d'un coup de ciseaux, comme M. Champion (1) en a donné le conseil et l'a fait souvent avec succès. A mesure que le sang s'échappe, l'enfant semble renaître. La couleur livide des lèvres est bientôt remplacée par une teinte purpurine ou rosée. Le pourtour de la bouche et du nez, le reste de la face, et toute la surface du corps, s'éclaircissent ensuite par degrés. La respiration ne tarde pas à s'établir, et quelques minutes sont à peine écoulées, qu'il n'y a déjà plus de danger; mais la circulation est quelquefois tellement affaiblie, tellement obscure, qu'il ne se fait aucune hémorrhagie par l'ombilic. Alors, on est obligé de recourir aux moyens conseillés contre l'asphyxie, c'est-à-dire aux frictions, aux bains excitans, à l'insufflation, à l'électricité, etc.; et, comme il faut

---

(1) *Lettre sur l'accouch. avec sortie du bras*, Paris, 1828.

absolument que l'enfant perde du sang, s'il est impossible d'en obtenir par le cordon, on applique une sangsue derrière chaque oreille pour dégorger le cerveau.

Lorsque les tégumens ont repris leur couleur naturelle, que la circulation est revenue à son type normal, que la respiration n'est plus douteuse, et que le fœtus crie et s'agite librement, on arrête l'hémorrhagie, pour peu qu'elle tarde à se suspendre d'elle-même. Pour le reste, on se comporte comme si l'enfant était né sans accident. S'il restait encore, au contraire, quelqu'engourdissement dans les fonctions pulmonaires et cérébrales, ainsi qu'on l'observe trop fréquemment, surtout lorsqu'on n'est pas parvenu à tirer une suffisante quantité de sang, les sangsues doivent encore être employées, et forment presque l'unique agent sur lequel on puisse compter, quand la congestion, sorte d'état apoplectique secondaire, ne survient que douze, vingt-quatre, quarante-huit heures, ou même, ce qui a été vu, que trois ou quatre jours après l'accouchement.

SECT. III. Accidens divers.

L'hémorrhagie par l'ombilic, chez le nouveau-né, est un accident grave. Le défaut de lien, le relâchement de la ligature, et l'arrachement du cordon en sont les causes ordinaires. On y remédie à l'aide de la compression. De petites boulettes de charpies, entassées sur le point saignant, un plumasseau, une compresse pliée en quatre et une bande un peu serrée suffisent ordinairement.

Si, après la *chute du cordon*, il reste une petite plaie, on se borne à la saupoudrer de lycopode, de magnésie ou de fleur de farine. Le cérat, l'onguent blanc Rhasis, l'eau de Saturne ne viendraient qu'après.

Avant d'emmailloter le nouveau-né, il faut l'examiner avec soin, afin de savoir s'il n'offre pas quelques difformités, *quelques fractures*, quelques *luxations*. Si les paupières, les lèvres, le méat urinaire ou l'anus étaient aglutinés, on songerait à rétablir ces ouvertures à l'aide d'opérations convenables.

On en ferait autant pour *le filet*, qu'on incise avec des ci-

seaux, pendant qu'avec la plaque fendue de la sonde canelée on soulève le bout de la langue, en ayant soin de couper plutôt par en bas que par en haut, afin de mieux éviter les artères ranines. Lorsque l'enfant peut amener la langue sur le bord des lèvres et saisir l'extrémité du doigt, cette petite opération est inutile, au surplus, et ne doit pas être pratiquée; car il s'en faut de beaucoup que les enfans aient le filet toutes les fois que les nourrices s'en plaignent.

ART. 1er.—Enfoncement des os.

L'*enfoncement* du pariétal ou du frontal, avec ou sans fracture, a été noté plusieurs fois à la Maternité de Paris par Chaussier, M. Dugès et madame Lachapelle. J'en ai cité aussi des exemples en parlant de la version et du forceps. Dans un cas relaté par M. André (1), la fracture portait sur les os du front et le forceps avait été employé. Le pariétal était brisé en étoile, par suite d'un accouchement pénible, chez le fœtus observé par Siebold (2); mais il peut y avoir enfoncement sans fracture. On doit le redouter quand la tête, appuyée contre l'angle sacro-vertébral, reste long-temps soumise à de violens efforts, quand le détroit est réniforme, et quand une tête un peu volumineuse est forcée de se mouler comme dans une filière à travers le bassin qu'elle parcourt.

Si la fracture ou la dépression des os n'est point accompagnée d'épanchement, la nature parvient ordinairement à remettre les choses dans leur premier état et se charge des frais de la guérison. Autrement, la mort en est la suite habituelle, ou du moins il en résulte de l'assoupissement et une très-grande tendance aux convulsions.

En se moulant sur des détroits resserrés, la tête peut s'allonger, sans que les os qui la composent se dépriment ou se fracturent, mais de manière que leurs bords se croisent et se

---

(1) *Bulletin de Férussac*, tome XV, p. 91.

(2) *Revue méd.* 1833, tome I, p. 301.

portent plus ou moins l'un sur l'autre. Alors ils reprennent assez souvent, d'eux-mêmes, leur position naturelle après l'accouchement ; mais ils peuvent aussi rester chevauchés, ainsi que je l'ai observé une fois, et constituer une cause perpétuelle de maladies, d'affections convulsives en particulier.

Toutefois, ici comme dans les cas précédens, l'art ne peut rien, et l'on est forcé de s'en rapporter aux ressources de l'organisme.

En traversant le bassin, le fœtus court un autre danger, sur lequel M. Radford (1) a récemment insisté. Lorsque la compression a surtout lieu dans le diamètre occipito-frontal, le cerveau est refoulé dans le sens le plus contraire à la direction de ses principales fibres, et la circulation du sinus longitudinal éprouve une gêne manifeste. Le crâne alors est fortement alongé, et la respiration, ainsi que la circulation, ont de la peine à s'établir. On trouve l'encéphale ramolli et du sang épanché autour de ses hémisphères ou sur le cervellet. M. Radford, qui rapporte plusieurs observations de ce genre, veut qu'on s'empresse de couper le cordon et qu'on s'y prenne de manière à laisser couler du sang en abondance.

ART. 2.—TUMEURS SANGUINES.

Un accident plus commun et heureusement moins grave que ceux-ci, est une sorte d'épanchement, de *tumeur*, qu'on rencontre presque toujours, mais à divers degrés, lorsque les parties n'ont traversé que lentement et avec difficulté le canal pelvien. Cette tumeur occupe en général le point du crâne, de la face, du siége, de l'épaule ou de toute autre région du corps qui s'est maintenu dans le vide du bassin pendant le travail, ou l'un de ceux qui ont été le plus longuement et le plus fortement comprimés contre l'angle sacro-lombaire ou les pubis. Formée tantôt par de la sérosité rougeâtre, tantôt par du sang pur, concret ou liquide, quelquefois par le mélange de

(1) *Lond. med. and surg. Journal*, mars 1834, p. 145.

ces deux fluides, elle se présente sous un volume qui varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'un œuf de poule et même plus.

Tantôt diffuse, tantôt circonscrite, parfois fluctuante, et plus souvent élastique et pâteuse, elle se dissipe habituellement sans secours. Quelquefois, cependant, elle passe à la suppuration et se transforme en un véritable abcès qui peut amener la dénudation et la nécrose des os sousjacens.

Molle et dépressible dans sa partie centrale, plus ferme et comme relevée vers sa circonférence, elle en a plus d'une fois imposé pour une fracture, une dépression, ou une hernie cérébrale, et fait redouter des dangers qui n'étaient point à craindre.

Quand la tumeur est un peu volumineuse, on l'abandonne à elle-même, et, dans l'espace d'une semaine ou deux elle disparaît en ne laissant à sa suite qu'une simple ecchymose. On peut d'ailleurs, on doit même, pour peu qu'elle soit considérable, en favoriser la résolution, en la tenant couverte de compresses trempées dans l'eau salée, du vin rouge, de l'eau-de-vie étendue d'eau, de l'eau blanche, ou quelqu'autre médicament du même genre. Si elle était fluctuante et peu douloureuse, on devrait encore tenter de la faire résoudre. Si les moyens sus-indiqués ne suffisaient pas, on les remplacerait par une solution d'une demi-once d'hydrochlorate d'ammoniaque dans une livre de vin rouge. Cette liqueur, vantée par Siebold, fréquemmént employée par Boyer contre les tumeurs sanguines du genou, est souvent parvenue à faire disparaître des collections qu'il semblait indispensable d'ouvrir.

Si pourtant elle ne produisait pas l'effet qu'on en attend, et que la fluctuation devînt de plus en plus étendue, il faudrait, à l'instar de Levret (1) qui les a d'abord assez bien décrites, avoir recours au bistouri et ouvrir ces tumeurs. Il convient même en pareil cas de ne pas trop différer, afin d'empêcher la peau de se décoller au loin et de s'amincir davantage. On

(1) *Art des accouch.* etc., p. 238.

panse ensuite avec de la charpie, du cérat ou des cataplasmes, c'est-à-dire comme on panserait un abcès ou une collection sanguine ordinaire, et la plaie se guérit en général très-vite. C'est un accident, au reste, dont on s'est trop occupé dans ces derniers temps, pour que je ne m'y arrête pas un instant. Bien qu'elle se présente avec les mêmes caractères partout où elle se développe, la tumeur sanguine des nouveau-nés n'a cependant guère été étudiée que sur le crâne. C'est aussi de celle-là que j'entends parler ici.

M. Moulaud (1), qui décrit ces foyers, n'a pas assez insisté sur leurs principales différences. M. Henschel (2), qui conseille de les comprimer au moyen d'une plaque d'étain attachée au bonnet, et qui prétend que l'incision qu'on en fit causa la mort chez un enfant, me semble les avoir encore confondus avec l'encéphalocèle. La prétendue hernie cérébrale, que M. Heustis (3) dit avoir guérie en la comprimant avec une éponge, comme M. Dudley l'avait fait auparavant, n'était-elle pas aussi une tumeur sanguine? La tumeur également prise pour une hernie cérébrale, et dont parle M. Michel (4) de Sémur, n'était évidemment pas autre chose. Couvrant la fontanelle postérieure et les deux branches de la suture lambdoïde, elle s'est terminée par un abcès qui a guéri.

L'observation d'encéphalocèle, rapportée par Trew (5), et une autre qui appartient à Le Dran (6), n'étaient non plus que des tumeurs sanguines. Dans la première, il y avait une tumeur sur chaque pariétal. L'enfant guérit à l'aide d'applications résolutives. Dans le cas de Le Dran, elle occupait le pa-

---

(1) *Thèse*, Montpellier, an 12.

(2) *Bulletin de Férussac*, tome XV, p. 90.

(3) *Amer. Journal of med. Sc.* février 1829, p. 394.

(4) *Gaz. méd.* de Paris, 1833, p. 183.

(5) *Thèses* de Haller, n° 46, ou tome I, des Extraits, p. 109. *Thèse* de Corvinus.

(6) *Obs. de chirurg.* tome I, p. 1.

riétal droit, et se dissipa de la même manière. Il en était de même dans le fait publié par M. Gageon (1), et dans un autre qui appartient à M. Michel (2), si ce n'est qu'ici le foyer sanguin finit par s'ouvrir de lui-même.

§ I. Espèces et variétés.

A. Une *première variété* de ces bosses me paraît avoir son siége entre l'aponévrose et les tégumens crâniens. C'est ainsi du moins que je l'ai vue dans quatre cas où il m'a été donné d'en pratiquer l'ouverture sur des adultes, et sur trois des nouveau-nés que j'ai pu disséquer. C'est peut-être la plus commune de toutes. Il est peu d'accoucheurs et de chirurgiens qui ne l'aient observée. Le *Caput succedaneum* de quelques médecins allemands (3), la tumeur sanguine externe du crâne des nouveau-nés de Hœre (4) lui appartiennent très-probablement. Séparée des os par des membranes saines, retenue dans ses limites par la densité du cuir chevelu, elle n'entraîne que peu de dangers, ne cause presque aucune douleur, et se dissipe souvent d'elle-même, ou sous l'influence des résolutifs ordinaires et de la compression. L'ouverture en est rarement indispensable, et peut être faite d'après les principes que j'ai établis au traitement des bosses sanguines en général (5).

B. Une *seconde variété* de tumeurs du crâne, suite d'accouchement, est celle que M. Nægèle (6) décrit sous le nom de *céphalœmatome*, et qu'il place entre les os et le péricrâne. C'est parce que les savans de l'Allemagne et de l'Italie, qui s'en sont tant occupés depuis vingt ans, confondent souvent celle-ci avec la précédente, qu'ils sont si loin d'être d'accord sur

---

(1) *Lancette fr.* 1833, n° 102.

(2) *Gaz. méd.* de Paris, etc, 1833, p. 183.

(3) Chelius, *Handbuch der chirurg.* etc., tome II, p. 188.

(4) *De tumor. cran. recens nator. sang.* 1824, *ou Jour.* de Siebold, t. V.

(5) De la contusion dans tous les organes, etc., 1833.

(6) Zeller, *Comment. de cephalœmatomate*, etc.; Heidelb. 1822.

les dangers de l'une et de l'autre. D'abord plus large, ou moins saillante, elle montre plus de tendance à s'étaler, et n'est pas toujours entourée d'un cercle aussi saillant que la première. La fluctuation n'y est pas non plus aussi sensible. L'os s'altère souvent au-dessous, et l'aponévrose finit quelquefois par lui fournir un kyste solide. On voit que Michaelis (1) l'avait observée, tandis que quelques-unes des remarques de M. Zeller, ou de M. Nægèle (2), se rapportent évidemment à la variété précédente.

Comme les efforts qui altèrent le péricrâne au point de le décoller, la produisent aussi, en mettant l'os à nu, ainsi que l'avance MM. Zeller, Rust, on conçoit qu'elle puisse amener la mort du sujet. Alors on doit craindre une nécrose plus ou moins étendue, et un travail capable de gagner jusqu'à la dure-mère. Paletta (3), Osiander (4), M. Chelius, ont eu l'occasion de se convaincre du fait par l'ouverture du cadavre. C'est dans ce sens qu'en attribuant la tumeur à la maladie de l'os, Michaelis pourrait avoir raison.

Il ne faudrait pas cependant s'en laisser imposer par des apparences. Un enfant, âgé de dix jours, me fut apporté par madame Brunet, sage-femme, à la fin d'août 1833. On le croyait affecté d'une hernie du cerveau. Une tumeur molle, fluctuante recouvrait le quart postérieur du crâne, c'est-à-dire l'angle du pariétal gauche, une partie du temporal et presque tout l'occipital, avec l'angle supérieur du pariétal droit. On n'y a rien fait du tout. La résolution s'en est opérée presque subitement au bout de quinze jours. Des taches rouges se sont manifestées sur différens points du corps, et la santé de l'enfant n'a fait que se fortifier depuis. Le cercle osseux qui bordait la tumeur a complètement disparu dans l'espace d'une semaine. Il y avait là tous les symptômes que M. Nægèle attribue aux céphalæmato-

(1) *Journ.* de Loder, tome II.

(2) *Journal complémentaire*, tome XIII, p. 127.

(3) *De abcessu capit. sang. medicl*, 1810.

(4) *Man. d'accouch.*, etc.

mes qu'il place entre le crâne et son périoste. Or, est-ce ainsi que se comporterait une collection aussi considérable, si elle était absolument à nu sur les os, si elle n'en était pas d'abord séparée par la couche celluleuse dont il sera question plus bas?

La pression inégale qu'éprouve le crâne, le chevauchement que les os tendent à exécuter l'un sur l'autre, en traversant le bassin pendant la plupart des accouchemens, soit naturels, soit artificiels est la cause incontestablement la plus commune de cette tumeur. Si Baudelocque semble l'attriber à un afflux du sang vers le cerveau, cela tient à ce qu'il n'a pas fait attention qu'elle peut se former, non-seulement sur les points comprimés, mais encore et surtout, sur la partie qui reste tout-à-fait libre dans le centre des détroits, et qu'il était, en conséquence, inutile d'en chercher d'autres causes.

Toutes les fois que le tissu sous péricrânien lui-même n'est pas soulevé, la résorption du fluide épanché se fait encore assez facilement. Le traitement à mettre en usage est d'ailleurs le même que pour la première variété. En ouvrant la tumeur, on en obtient très-rapidement la guérison, si l'os n'est pas altéré; mais quand il y a nécrose ou carie, on sent à quels dangers le malade se trouve exposé.

Un enfant, observé par Fried (1) et qui portait un encéphalocèle véritable à l'occiput, avait en outre une tumeur sanguine sur chaque pariétal, entre le péricrâne et l'os, dit l'auteur. L'accouchement avait été laborieux et la tête avait long-temps souffert : ce fœtus mourut.

Je n'ai point admis cette variété de tumeurs sanguines comme la plus fréquente, 1° parce qu'il m'a semblé que les observations qu'on en a données se rapportent, en partie, aux variétés précédentes, si ce n'est à la suivante; 2° parce que l'état des tissus sur les sujets que j'ai disséqués m'a permis de comprendre comment on a pu s'y tromper, et regarder comme primitive une altération qui n'est souvent que secon-

---

(1) Extrait des *Thèses* de Haller, tome I, p. 110.

daire; 3° parce que le feuillet qui double le péricrâne est si mince et si peu résistant, qu'il se déchire avant que la tumeur n'ait acquis le volume sous lequel elle se montre ordinairement; 4° enfin, parce que la disparition du mal est trop prompte et souvent trop franche, pour qu'on puisse en placer le siége immédiatement sur les os. Ce n'est pas toutefois que j'en nie la possibilité, ni l'existence. Je la crois seulement moins commune que certains pathologistes allemands ne semblent l'admettre, et voilà tout. M. Busch (1), qui, à l'instar de M. Nægèle n'hésite pas à en placer le siége constant entre les os et le péricrâne, dit qu'abandonné à lui-même le céphalæmatome fait le plus souvent mourir le nouveau né dans les convulsions; ce qui, par bonheur, est rarement exact.

C. La troisième espèce de tumeur sanguine du crâne est primitivement plus profonde. M. Chelius (2) en place le siége dans le diploé, et je crois avec M. Hœre, cité par Rust, qu'il se trouve plus souvent entre le crâne et la dure-mère. J'en ai recueilli deux observations, et j'ai la conviction qu'en y regardant avec soin, on finira par reconnaître la fréquence assez grande de faits semblables.

L'épanchement *sur la face interne de la dure-mère*, subissant les transformations dont Abernethy le croit susceptible, et dont M. Hœre (3) dit avoir disséqué un exemple, deviendrait ainsi l'origine de quelques-unes de ces tumeurs fongueuses crâniennes, dont Louis a donné le premier une histoire détaillée.

§ II. Resumé sur le céphalæmatome.

Au demeurant, les efforts, les pressions de l'accouchement pouvant donner lieu à un épanchement *sous la couche tégumentaire, sous l'aponévrose, sous le péricrâne, dans l'épaisseur*

---

(1) Lehrbuch, etc., p. 440, § 732.

(2) *Manuel de chirurg.*, tome II, p. 186. Heidelb. et Leips., 1827.

(3) *De tumore cranii*, etc., Berlin, 1824.

des os, ou, plus profondément encore, *à la surface de la dure-mère*, sont de nature à faire naître presque toutes les variétés de tumeurs sanguines indiquées par les accoucheurs et décrites sous le titre d'encéphalocèle, de céphalæmatomes, de fongus, ou même d'athéromes.

M. F. Nægèle a fait connaître le résultat de ses observations d'abord en 1811, ensuite dans la thèse de M. Zeller, la première monographie qui ait paru sur cette maladie, puis dans un mémoire qui se trouve dans le tome treize du Journal complémentaire du Dictionnaire des Sciences Médicales, page 227.

Dans une lettre, en date du 29 Mars 1834, cet auteur m'écrit que tout ce qu'il a fait connaître dans ses premiers articles sur la nature du céphalæmatome, savoir, par exemple, que la tumeur, pendant les premiers jours qui suivent la naissance, augmente en élévation; qu'elle se remplit d'avantage, et se tend en se remplissant; qu'elle ne se rencontre que sur l'os pariétal, plus souvent sur le droit que sur le gauche, et quelquefois sur les deux en même temps, mais jamais sur un autre os du crâne; que la base de la tumeur ne dépasse jamais une des sutures; que le sang extravasé est toujours entre le pariétal et le péricrane, et que dans les cas où l'on a ouvert la tumeur, l'os s'est toujours trouvé lisse, s'est parfaitement confirmé par son expérience ultérieure.

Quant au traitement, ses observations lui ont appris que d'ordinaire la guérison a lieu sans le secours de l'art.

Depuis plusieurs années il se contente d'appliquer sur la tumeur de petits sachets d'espèces aromatiques, tant pour que les parens de l'enfant ne perdent point patience, que pour garantir les parties de tout choc nuisible.

Ce n'est qu'au bout de quinze jours ou de trois semaines, que la tumeur commence à perdre de son volume; vers la quatrième semaine on remarque clairement qu'elle commence à résister à la pression.

Si on appuie dessus le bout du doigt, il en résulte un enfoncement qui disparaît lorsque la pression cesse; c'est exactement comme si on pressait sur une boule en feuilles de

cuivre ou sur du parchemin. Le premier qui ait décrit ce phénomène est M. Schmitt, professeur à Vienne.

A mesure que la tumeur se durcit, elle diminue d'élévation et devient insensiblement plus plate.

D'après les observations et les recherches soigneuses faites par M. Nægèle, voici de quelle manière la nature procède à la guérison de cette maladie :

1° Le péricrâne détaché s'ossifie à sa surface intérieure.

2° Au fur et à mesure que le sang extravasé est absorbé, le péricrane ossifié se rapproche de l'os et s'unit à la fin parfaitement avec lui.

3° Après six mois, un an même, on remarque encore une éminence à l'endroit du crâne où la tumeur avait son siége.

4° Chez les enfans qui sont morts au bout de six mois ou d'un an, M. Nægèle a trouvé par la section que l'os pariétal était beaucoup plus épais à l'endroit de la tumeur, qu'en aucun autre point de son étendue.

Depuis lors j'ai pu observer de mon côté cinq exemples de céphalæmatome, dont trois après la mort. Un seul avait son siége sur le pariétal gauche. Il s'étendait sur une grande partie de l'occipital et la fontanelle postérieure, comme dans le cas rapporté par M. Michel (1). L'enfant est guéri sans opération. Les quatre autres occupaient la place indiquée par M. Nægèle. L'un d'eux était dans les salles de M. Honoré à l'Hôtel-Dieu. J'ignore si le sujet s'est rétabli. Je n'ai vu que la voûte du crâne desséchée du troisième enfant. L'os était rugueux et manifestement altéré. C'est M. Cazalis, interne des hôpitaux, qui m'a montré la pièce. Les deux derniers appartiennent à M. Valeix, interne à l'hospice des enfans trouvés. Ils différaient à peine l'un de l'autre. Celui que nous avons disséqué ensemble nous a permis de constater qu'une couche cellulaire s'était maintenue à la surface de l'os, et que la destruction de cette couche vers le

(1) *Gaz. méd.* de Paris, 1833, p. 183.

milieu du foyer n'était pas primitive. C'est entre le péricrâne et cette lame que s'était opéré l'épanchement. Des granulations osseuses se remarquaient en grand nombre sur le pariétal, et un rebord, un véritable bourelet de même nature, se voyait aux limites du décollement. Il y avait là une hypertrophie au lieu d'une usure, d'une carie, ou d'une nécrose, particularité, qui, avec une foule d'autres, prouve que le périoste ne joue pas le rôle qu'on lui prête dans la nutrition des os. Ces derniers faits confirment en grande partie les idées de M. Nægèle, et sont contraires à celles de Paletta, de M. Hœre, et à toutes celles qui ont été émises en France sur l'état des os, dans le céphalæmatome (1). Il me semble aussi que la présence d'une couche de tissu cellulaire entre les parties dures et le liquide épanché n'avait point encore été signalée à l'attention des observateurs. Ne voulant, pour le moment, tirer aucune conséquence de cette donnée, je me borne à la mentionner en passant. Je dirai toutefois qu'elle tend à détruire la différence qui semble exister entre l'opinion du savant professeur allemand et la mienne sur le siége précis des tumeurs sous-péricrâniennes.

Je ne terminerai pas sans rappeler que ceci n'est qu'une esquisse, et qu'il resterait beaucoup à dire sur le céphalæmatome en particulier, si j'avais voulu traiter en détail les principales questions qui le concernent.

---

(1) *Voyez* en outre le Mém. de M. Valeix, *Gaz. méd.* de Paris, 1834.

TITRE II.

Soins relatifs a la femme.

CHAPITRE PREMIER.

Suites naturelles.

Tranquille du côté de l'enfant et de la délivrance, l'accoucheur n'a plus qu'à s'occuper de la femme elle-même. Après s'être assuré que la matrice est rétractée et que tout est dans l'état normal, il nettoie ou *fait nettoyer la vulve*, les cuisses et toutes les parties salies par le sang, les eaux ou autres matières, pendant le travail. De l'eau tiède, simple ou mêlée d'un peu de vin, si les parties sont molles et relâchées, est tout ce qu'il faut, avec une éponge ou du linge fin, pour cette petite opération.

SECT. I. SOINS IMMÉDIATS.

On *change les vêtemens* de l'accouchée. Sa chemise doit être longue, souple et large, fendue ou non par-devant, et avoir de longues manche pour que les bras ne soient pas exposés à rester découverts. Par-dessus cette chemise elle met une camisole de coton, puis un fichu autour du cou ; de façon que le haut de la poitrine, plus souvent exposé au contact de l'air, se trouve un peu mieux garni que le reste du corps. Dans l'été, et toutes les fois que la saison n'est pas froide, ces deux pièces, avec la coiffure, forment tout l'habillement de la femme. Autrement, elle peut mettre en outre une longue robe de soie ouatée ouverte par devant dans toute sa longueur. Cette robe a le double avantage de tenir le corps très-chaudement et d'être fort légère. Au surplus, il en est de l'habillement de la mère comme de celui de l'enfant. C'est un soin qu'on abandonne à la garde. Pourvu que toutes les pièces en

soient suffisamment larges, que leur nombre et leur épaisseur soient en rapport avec la température extérieure ou les habitudes de l'accouchée, on doit laisser à chacun le plaisir de s'arranger à sa guise. Il en est de même pour la tête. Seulement il ne serait pas toujours sans danger d'accorder aux femmes qui le demandent quelquefois, la permission de se faire couper les cheveux ou de les saupoudrer de sel.

ART. 1er. — Garniture des seins.

Les *seins* n'ont besoin d'être soutenus ou garnis de coussins ouatés que s'ils sont très-volumineux, ou quand on redoute l'action du froid. Le bandage, à l'aide duquel certaines femmes veulent qu'on les comprime, dans le but d'en conserver la forme, produit un effet tout opposé. De plus, en gênant l'action des muscles inspirateurs, il peut apporter des obstacles au retour du sang dans la poitrine, faire naître des symptômes apoplectiques, ainsi qu'il arriva aux deux femmes imprudentes dont parle Baudelocque, et devenir la cause d'une foule de maladies plus graves les unes que les autres. Les cataplasmes astringens ou répercussifs, employés dans le même but et pour prévenir la *montée du lait*, méritent la même réprobation. La peau de mouton, ou la peau de lapin dont se contente Avicenne (1), qu'on appliquait encore fumante sur les reins et le ventre (2) n'est plus conseillée par personne aujourd'hui. Il en est de même du placenta trempé dans de l'huile ou du vin bouillant et qui, appliqué sur l'abdomen, était, au dire de Fournier (3), un remède excellent.

ART. 2. — Bandage du ventre.

J'en dirais autant du *bandage de ventre*, tant blâmé par De

---

(1) Guillemeau, *Œuvres complètes*, etc., in folio p. 308.

(2) *Ibid.*

(3) *L'accoucheur méthodique*, etc., p. 121.

la Motte (1), Peu (2), Levret (3), s'il n'était employé que dans l'intention de satisfaire une vaine coquetterie, d'exprimer la matrice et de prévenir l'entrée de l'air dans cet organe comme le veut Guillemeau (4); mais je le crois utile dans un autre sens. Ici comme en tout, il importe de ne pas confondre l'abus avec l'emploi sage et raisonné des choses.

Nul doute qu'en s'étranglant l'abdomen avec une serviette, pour réduire le volume de leur ventre et prévenir la formation de vergetures ou de rides inévitables, les femmes ne s'exposent aux plus graves dangers, sans courir même aucune chance d'obtenir ce qu'elles cherchent; mais, ainsi que l'ont avancé Smellie, Baudelocque, Gardien, Mauriceau (5), un bandage légèrement serré et simplement contentif, peut être d'un grand secours et s'opposer au développement de plusieurs maladies graves. La promptitude avec laquelle la matrice se vide, fait qu'après l'accouchement les viscères abdominaux se trouvent tout-à-coup débarrassés d'une longue pression. Les parois du ventre, ne suivant que de très-loin le mouvement de retrait de l'organe gestateur, ne soutiennent plus avec la même efficacité les organes digestifs. Il se fait une sorte de vide dans les gros troncs vasculaires, et le sang doit s'y précipiter avec d'autant plus de force, que depuis plusieurs mois il n'y pénétrait qu'avec difficulté : de là, une plus grande disposition aux hémorraghies, à l'inertie de l'utérus, aux inflammations, aux troubles fonctionnels du foie, des intestins. De là, dit Van Swiéten, les syncopes qu'on rencontre si fréquemment chez les nouvelles accouchées; de là enfin, d'après Stoll, la cause principale des péritonites puerpérales. Or, le bandage, tel que je l'entends, a pour objet de suppléer autant que possible à l'action des muscles abdominaux, de

(1) *Traité complet des accouch.* etc., p. 795, obs. 416.

(2) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 527.

(3) *Art des accouch.* etc., p. 157.

(4) *Œuvres complètes*, p. 108.

(5) *Maladies des femmes grosses*, etc., p. 527.

favoriser le mouvement concentrique de l'utérus, de prévenir l'afflux du sang vers cet organe et l'engorgement de tous les autres viscères. On peut aisément, au surplus, se faire une idée de son utilité, en songeant aux dangers qui suivraient la paracenthèse, si le chirurgien ne prenait pas la précaution d'appliquer un bandage compressif sur le ventre après l'évacuation du liquide.

Il est vrai que s'il n'est pas très-soigneusement appliqué, ce bandage se roule bientôt en corde et est dès lors plus nuisible qu'utile; que, comme le remarque Desormeaux, la plupart des femmes qui le négligent ne s'en trouvent pas sensiblement plus mal, et que son emploi ne pouvait pas entrer dans le plan primitif de l'organisme; mais comme en le plaçant de manière qu'il ne produise ni gène, ni douleur, je ne vois pas qu'il puisse être nuisible, et comme il offre des avantages incontestables dans une foule de cas, ce serait s'exposer, sans aucun motif, en le rejetant, à voir se manifester des symptômes qu'il eût été d'abord facile de réprimer ou de prévenir.

On le compose avec une première serviette pliée en écusson et qu'on place sur l'hypogastre, la pointe tournée du côté de la vulve; puis d'une seconde, pliée en deux ou en trois, suivant sa longueur, et qu'on applique comme un bandage de corps, autour du ventre, en y comprenant les hanches. Pour éviter les plis, il serait bon de soutenir cette dernière serviette par en haut au moyen d'un scapulaire ou d'un double bout de bande en forme de bretelle, et par en bas, en y attachant les deux extrémités du *chauffoir*.

ART. 3.—GARNITURE DE LA VULVE.

Le *chauffoir*, formé d'un morceau de linge fin, plié en trois ou en quatre, et assez long pour embrasser la vulve et aller se fixer en avant et en arrière du bandage de corps, est destiné à recevoir les matières qui doivent sortir du vagin, et à permettre aux autres pièces du lit de ne pas s'en imbiber aussi vite. Quand on a soin de le renouveler fréquemment et de ne pas trop le serrer, il n'entraîne aucun des accidens reprochés, à

si juste titre, aux anciens chauffoirs, dont quelques femmes font encore usage, qui consistaient en divers tampons que l'on maintenait dans la vulve et qui bouchaient plus ou moins exactement l'ouverture du vagin. Quoiqu'il ne soit pas indispensable, il me semble qu'on peut l'accorder sans inconvénient, comme moyen de propreté aux personnes qui le désirent ou y attachent quelque prix.

ART. 4.—LIT DE COUCHES.

Le *nouveau lit* sur lequel on va transporter l'accouchée doit être garni d'une toile cirée, si on peut se la procurer, et d'un drap plié en quatre ou de toute autre pièce de linge qui puisse protéger les matelas. Du reste, les draps, les couvertures, et la disposition des traversins ne réclament aucun arrangement particulier, et doivent, comme en tout autre circonstance, être en rapport avec la saison et les habitudes de la femme.

On la transporte sur ce lit peu de temps après la délivrance lorsque le vagin est débarrassé des caillots et du sang fluide qui suivent ordinairement l'expulsion du placenta. Alors, elle est encore tout agitée, et peut supporter sans inconvénient les petites secousses que détermine presque inévitablement ce transport. Si on attendait plus long-temps, comme quelques auteurs l'ont recommandé, dans la crainte de l'hémorrhagie et des convulsions, elle se trouverait dans la position du voyageur qui, bien que rendu à son poste et harassé de fatigue, peut encore faire quelques pas pendant qu'il reste échauffé, mais qui, une fois calme et refroidi, est tout-à-fait incapable de marcher. Ceci doit s'entendre cependant des cas où tout s'est passé naturellement; car si l'utérus ne revenait pas sur lui-même, ou qu'il y eût une perte, des menaces de convulsions, ou autres accidens, suites ordinaires d'une extrême faiblesse, il faudrait différer de quelques minutes, afin de conjurer le danger ou de donner le temps aux fonctions de reprendre leur type normal, pendant que la femme est encore sur le lit du travail.

Celles qui se lèvent et vont sans être soutenues dans le lit

de couches, s'exposent au renversement, à l'*antéflexion*, à la *rétroflexion*, à la descente de l'utérus, et à mille autres dangers. Il faut les en prévenir, et leur faire entendre qu'elles doivent se laisser porter. Quand elles sont affaiblies, ou qu'il est survenu quelque accident que des mouvemens un peu brusques pourraient rappeler, il convient même de mettre les deux lits en contact par leur bord, attendu que de cette façon on peut faire glisser la femme sans la mouvoir, sur le lit de couche, en se servant, pour l'entraîner, du drap qui la supportait sur le lit de travail, et dont il est facile de la dégarnir ensuite.

SECT. II. SOINS CONSÉCUTIFS.

Une fois couchée, il est inutile, il ne serait même pas toujours sans danger d'obliger la femme à garder une position qui ne lui est pas habituelle, de faire de son lit un plan incliné de la tête aux pieds, par exemple, sous le prétexte de favoriser l'écoulement des lochies, ou bien au contraire, de lui tenir le bassin plus élevé que la tête, dans le but de modérer l'afflux des humeurs vers les organes génitaux. Elle se tiendra sur le dos, les jambes et les cuisses allongées et rapprochées, si cette attitude lui paraît plus commode et ne la fatigue pas ; mais rien ne doit l'empêcher de se tourner sur le côté ou de fléchir les membres si elle en éprouve le besoin. En tout, il faut qu'elle se mette à son aise, et qu'on s'en rapporte à ses propres penchans. La fatigue et la faiblesse amenées par la contrainte d'une position fixe suffiraient à elles seules pour déterminer des accidens et constituer un état morbide, même chez une personne qui s'y serait soumise étant en santé ; à plus forte raison faut-il en dispenser les femmes dont les fonctions, momentanément troublées, ont besoin de tant de ménagement pour reprendre leur type normal.

ART. 1er. — Soins hygiéniques.

Tout ce qui a été dit en parlant des soins qu'on donne à la femme en travail, relativement à l'air qui l'entoure, à la chambre qu'elle doit habiter, et à son état normal, est également applicable à la suite des couches. Il importe qu'elle ne parle et n'entende parler qu'autant que ce qui la concerne l'exigera nécessairement. Le calme de l'âme et le repos du corps sont tellement indispensables, qu'on ne peut écarter avec trop de soin tout ce qui paraît capable de la troubler. On était si convaincu de l'utilité de ce précepte dans l'ancienne Rome, que les magistrats eux-mêmes n'avaient pas le droit d'entrer dans la maison d'une femme en couches pour l'exécution de quelque sentence, de quelque décision que ce fût.

Après la délivrance et le changement de lit, la femme est ordinairement prise d'un frisson, quelquefois porté jusqu'au claquement des dents. Certains médecins et le public sont partis de là pour la couvrir outre mesure; mais ce frisson, qu'expliquent suffisamment les changemens qui viennent de s'opérer dans l'organisme, et qu'il ne faudrait pas confondre avec le frisson de la péritonite, ne dure que quelques minutes et mérite à peine qu'on y fasse attention.

Il serait imprudent, sans doute, de tenir l'accouchée trop à la légère; mais il serait également dangereux de tomber dans un excès contraire. En la chargeant de couvertures épaisses, en l'entourant de rideaux bien fermés, en la tenant enfin au milieu d'une température trop élevée, outre le mal de tête, les pertes et les convulsions auxquelles on l'expose, on manque rarement de produire une sueur plus ou moins abondante et parfois fort difficile à réprimer; diaphorèse qui jouait probablement un grand rôle dans la production de cette fièvre miliaire, si rare aujourd'hui, et qu'on rencontrait si fréquemment autrefois pendant la couche.

§ I. Le *sommeil* étant le premier besoin des êtres abattus par

la fatigue, il y aurait une sorte de cruauté à ne pas permettre à la femme de s'y livrer. En conseillant de la tenir éveillée pendant quelques heures, dans le but d'éviter l'hémorrhagie, De La Motte n'a certainement pas distingué, dans ce phénomène morbide, l'effet de la cause. Dionis (1), qui était obligé de faire la lecture près de la reine pendant quatre heures pour l'empêcher de dormir, remarque déjà qu'il ne comprend pas la nécessité de cette méthode qui était probablement celle de Clément, et que Saint-Germain (2) recommande, comme Fournier et plusieurs autres, afin d'éviter des accidens graves. Si des femmes s'endorment quelquefois avec les apparences de la santé pour se réveiller bientôt après au milieu d'une perte abondante, il en est un bien plus grand nombre qui ne doivent leur bien-être qu'à l'action bienfaisante d'un sommeil réparateur. Ces pertes étaient imminentes, d'ailleurs, ou même commencées au moment où l'accouchée s'est endormie. Si on les améconnues d'abord, et que la femme cède au besoin qu'elle ressent, elle s'endort en effet d'un sommeil dangereux, et quelquefois pour ne plus se réveiller; mais ici le sommeil est l'effet et non la cause de la maladie. Rien ne le contre indique, par conséquent. Seulement la prudence veut qu'on surveille le pouls et que de temps en temps on porte la main sur l'hypogastre pour s'assurer que la matrice ne tombe pas dans l'inertie.

A la suite de ce premier sommeil, c'est-à-dire au bout de deux ou trois heures, il est bon que la femme s'asseye dans son lit pour prendre un bouillon. Cette position la délasse et fait que les lochies, qui s'étaient accumulées dans le vagin, s'écoulent alors facilement au-dehors.

Dans les jours suivans, on renouvelle son linge, soit de corps, soit de lit, à mesure qu'il se salit, et il serait en général extrêmement mauvais de ne la changer qu'au bout de dix

---

(1) *Traité génér. des accouch.*, etc., Paris, 1714.

(2) Escholes des Sages-Femmes, etc., Paris, 1650.

jours, comme le prescrit Levret (1). Les parties génitales externes ont souvent besoin d'être lavées, lotionnées avec de l'eau de guimauve, qu'on peut remplacer sans inconvénient par de la décoction de cerfeuil coupée avec du lait. La constipation, alors si fréquente, est combattue au moyen de clystères adoucissans; sans respect pour le préjugé qui veut qu'on ne donne pas de lavement avant la fièvre de lait. Les cuissons au méat urinaire, la difficulté d'uriner, les hémorrhoïdes et autres effets du froissement qu'ont dû éprouver la vessie et le rectum au moment de la sortie du fœtus, réclament des lotions émollientes ou légèrement aromatiques, des bains de siége et quelquefois le cathétérisme.

§ II. Le *régime* alimentaire et médicamenteux des femmes en couche est un point qui mérite toute la sollicitude de l'accoucheur, non à cause du nombre ou des qualités énergiques des substances qu'il convient d'accorder, mais parce qu'il n'y a nulle part autant de pratiques vulgaires à proscrire, autant de préjugés ridicules à déraciner.

On ne doit donner à *boire* que pour satisfaire la soif et non pour le plaisir de faire avaler de la tisane. C'est une boisson et non un médicament que la femme a besoin de prendre. En cela, on peut consulter son goût et son idiosyncrasie. Elle s'en tient ordinairement à l'une des tisanes dont on lui a conseillé l'usage pendant le travail. Quand elle est ennuyée de l'une, on lui en redonne une autre, et, pourvu qu'on ne vienne pas à lui prescrire des infusions amères, excitantes ou quelques-unes de ces compositions actives dont les commères sont si prodigues, on peut, en général, lui permettre celle qui lui plaît le mieux. Le vin chaud, les aromates, les teintures alcooliques, le café, le thé et le chocolat ne sont pas plus admissibles après qu'avant l'accouchement.

Les *alimens* doivent être légers et donnés en petite quantité. Un, deux ou trois bouillons, ou quelques potages par jour, forment tout ce que la prudence permet d'accorder avant la

---

(1) *Art des accouch*. 3e édit.

révolution laiteuse. Eichèle a même prétendu qu'en supprimant jusqu'au bouillon, qu'en ayant recours aux affaiblissans, on empêcherait la fièvre de lait de survenir ; mais j'ai pu constater maintes fois l'absurdité d'une pareille assertion. Si la femme nourrit, il n'y a pas d'inconvénient à lui permettre des potages un peu plus substantiels dès le lendemain de sa couche. Dans le cas contraire, je n'accorde que du bouillon. A ce sujet, il faut avoir égard, au surplus, à son état de santé, à ses habitudes, à sa constitution; ne pas s'entêter à vouloir astreindre la plupart des paysannes, par exemple, à une diète trop sévère; car si plusieurs d'entre elles sont quelquefois victimes des nombreuses imprudences qu'elles commettent, il en est un bien plus grand nombre qui, sans rien changer à leur régime ordinaire, en continuant de manger du pain, toutes sortes de viandes et des alimens grossiers, se lèvent, marchent et travaillent comme de coutume deux jours après l'enfantement, sans qu'il en résulte d'accidens.

Lorsque la sécrétion laiteuse est opérée et que rien d'anormal n'est survenu, on revient par degrés au genre de vie ordinaire. On passe insensiblement de la soupe, des panades, du vermicelle, des semoules, des crèmes de riz, aux œufs à la coque, aux viandes blanches, aux poissons frits, aux côtelettes et aux autres mets de la vie commune; de telle sorte qu'au bout de sept à huit jours l'accouchée n'ait pas plus besoin que toute autre personne d'être dirigée dans le choix de ses alimens. Il en est de même pour sa boisson. De l'eau vineuse on arrive graduellement à la bière et au vin pur. A la rigueur même, les tisanes peuvent être négligées dès le quatrième ou le cinquième jour. Beaucoup de femmes, cependant, en particulier celles qui ne peuvent ou ne veulent pas allaiter, ne se croiraient pas en sûreté si certaines infusions, certains médicamens ne leur étaient pas prescrits avant qu'elles ne reprissent entièrement leur régime habituel.

La canne de Provence, l'*arundo phragmytes*, la petite pervenche jouissent d'une grande réputation, comme anti-laiteux, dans le public.

La tisane de canne est trop insignifiante et trop inoffensive

pour ne pas la permetre aux femmes qui lui accordent quelque confiance. L'arundo phragmytes n'est guère plus actif; mais, selon Desormeaux, la pervenche fatigue l'estomac, donne de la vitesse au pouls et doit être proscrite.

Qu'on ait eu recours ou non à ces boissons, presque toutes les accouchées ont le désir d'être purgées avant de se relever tout-à-fait. Alors elles emploient tantôt des purgatifs *antilaiteux*, tantôt des cathartiques ordinaires. Le petit-lait de Weiss et le sel de duobus ont eu long-temps une grande vogue parmi les premiers. La manne, l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz et la décoction de séné sont ceux qu'on prend le plus souvent parmi les seconds.

Il serait dangereux, je le sais, de donner de tels remèdes indistinctement à toutes les femmes, comme on le faisait naguère encore; mais est-il beaucoup plus sage de les rejeter toujours, ainsi que le veulent un grand nombre de médecins d'aujourd'hui?

Si l'accoucheur manque de les ordonner, il s'expose à mille reproches, injustes je veux le croire, mais qui ne lui en font pas moins perdre la confiance de ses malades. Apparaît-il des boutons, quelque efflorescence à la peau, une fièvre, des abcès, une inflammatio nquelconque, c'est le lait qui en est cause. Si les traits perdent de leur fraîcheur, si le coloris des joues et des lèvres se ternit, si les yeux cessent d'être brillans et vifs, on se garde bien d'en accuser l'inexorable temps, c'est au lait répandu qu'on s'en prend, et le tort en retombe nécessairemeut sur le médecin qui n'a pas chassé ce *funeste lait* à l'époque de la dernière couche!

Des préjugés semblables ne justifieraient pas, sans doute, l'usage des purgatifs, s'ils étaient aussi dangereux que quelques personnes se plaisent à le dire, et s'ils n'étaient jamais utiles; mais il n'en est pas ainsi. Je les ai fréquemment administrés, et je puis affirmer que je ne leur ai point encore vu produire d'accidens graves; que, dans un très grand nombre de cas, ils ont évidemment hâté le rétablissement des fonctions digestives. Je redouterais leur action, quand la langue est rouge et lancéolée, quand il y a des signes non

douteux de phlegmasie dans l'abdomen ; je les crois inutiles quand les forces et l'appétit reviennent franchement et vite : mais lorsque la langue est large, blanchâtre, jaune ou verdâtre, que la bouche est amère, pâteuse, qu'il n'y a pas d'appétit, quand même il existerait un mouvement fébrile, de la tension et de la sensibilité à l'épigastre, un doux purgatif m'a le plus souvent donné des résultats on ne peut plus avantageux. J'ai vu ces divers symptômes disparaître dès le lendemain dans la plupart des cas, et la santé se rétablir ensuite avec une promptitude que je n'aurais pas osé espérer. En débarrassant le tube intestinal de la couche muqueuse qui l'empâte, les purgatifs le mettent en état de mieux remplir ses fonctions; la sécrétion abondante qu'ils déterminent à la surface villeuses des voies digestives dégorge l'organisme de matières qui ne pouvaient que nuire, et imprime aux autres fonctions une sorte de secousse dont la nature fait son profit.

C'est l'eau de Sedlitz factice, à six ou huit gros, ou deux onces d'huile de ricin, que je donne de préférence. Leur effet est assez sûr, et je n'ai pas vu qu'elles produisissent autant d'irritation que la plupart des autres évacuans.

ART. 4.—Relevailles.

Le temps qu'une femme en couche doit rester au lit est nécessairement très variable, et les neuf jours, terme vulgaire, ou les quatorze jours de Levret (1), ne peuvent être adoptés que comme période moyenne ou générale. Cinq à six jours suffisent quelquefois; mais pour peu que les symphyses paraissent avoir été fatiguées, que l'utérus ait de disposition à s'abaisser ou à se renverser, que la santé soit encore chancelante, il faut attendre, et, au lieu de huit à dix jours, il conviendrait plutôt d'en exiger quinze. En tous cas, on aurait tort de lui permettre de reprendre ses exercices tout-

(1) *Art des accouch.*, etc., p. 351.

à-coup, comme le font quelques praticiens. Le premier jour de sa levée, elle se tient une demi-heure sur un fauteuil, une heure le second jour; le troisième, elle peut faire quelques pas et rester deux ou trois heures hors du lit; enfin, les jours suivans, on consulte ses forces et son état de fatigue ou de bien-être pour la recoucher. Bientôt elle peut descendre et faire quelques tours dans le jardin ou dans la cour; mais il serait dangereux que sa première sortie fût pour aller à l'église. Les temples sont généralement vastes, froids et très librement aérés. Pour ce qu'elles appellent leurs *relevailles*, les femmes doivent s'y tenir long-temps agenouillées. Elles ne manquent pas de se fatiguer avant d'en sortir, et souvent elles y puisent le principe de maladies graves. La religion bien entendue n'exige point de pareilles imprudences. Avant de se transporter au pied des autels, l'accouchée doit avoir repris des forces, s'être essayée chez elle, et s'être assurée qu'il ne lui sera pas désavantageux de s'exposer à l'air libre.

ART. 5.—Baptême.

Un autre usage que doit encore surveiller le médecin, c'est le repas du baptême, s'il a lieu dans les dix premiers jours de la couche. Dans ce repas de famille, la femme veut tenir tête à tout le monde. Elle ne se met à table que pour la forme, il est vrai, ou même elle reste au lit pour être plus sûre de sa prudence. Tous les convives lui défendent de boire ou de manger; mais en attendant, on l'oblige à prendre une gorgée de tel vin, une gorgée de tel autre, puis de ce mets-ci, puis de ce mets-là, en sorte que trop souvent, à la fin de ce jour de fête, elle se trouve prise de symptômes assez graves pour la conduire rapidement aux portes de la mort. Elle fera donc mieux de ne pas y assister, à moins que ce ne soit au-delà du dixième ou du quinzième jour; encore faut-il, même alors, qu'elle y apporte une très grande réserve.

SECT. III. PHENOMÈNES PUERPÉRAUX.

Les lochies, les tranchées, la fièvre de lait, trois phénomènes naturels principaux de la couche, méritent en outre une attention particulière.

ART. 1er.—Lochies.

On donne le nom de *lochies* aux matières qui s'échappent de la vulve depuis le moment de la délivrance, jusqu'à ce que la matrice ait repris son volume et sa consistance normale. Les accoucheurs en distinguent de trois espèces : de *sanguines*, de *séreuses* et de *laiteuses* ou *purulentes*, ou bien de rouges, de claires et de blanches. Les premières s'observent le jour même et le lendemain de la couche. C'est du sang presque pur. Les secondes apparaissent au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures, sont formées par du sérum mêlé d'une quantité variable de sang, et ne vont pas au-delà de la fièvre de lait. Les troisièmes leur succèdent et durent jusqu'au quinzième, au vingtième ou même au trentième jour, et sont produites par le travail suppuratoire qui se fait à l'intérieur de l'utérus. Rien n'est plus variable, au reste, que leur abondance et leur durée. Les lochies rouges peuvent cesser dès le premier jour et reparaître le quatrième. Je les ai même vues revenir le neuvième, ou ne pas disparaître avant le quinzième et quelquefois même le vingtième. Quelquefois les lochies purulentes ne se manifestent pas du tout, et dans d autres cas elles persistent si long-temps, qu'il est difficile à la fin de les distinguer d'une leucorrhée; anomalies des plus aisées à comprendre, au surplus, quand on réfléchit un moment à la cause de cette évacuation.

Quoique débarrassée de l'enfant et du délivre, la matrice ne reprend pas immédiatement son volume ni ses autres qualités naturelles. Dans un cas cité par Leroux, elle revint promptement sur elle-même, quoique la version n'eût été pratiquée qu'une demi-heure après la mort; mais elle avait encore le volume du sixième mois de la grossesse chez une femme dont

parle Aitken (1), et de manière à faire présumer l'existence d'un deuxième enfant. En général, elle dépasse d'abord un peu les dimensions qu'elle offre au troisième mois de la gestation, dit M. Ingleby (2). M. Ashwell (3) l'a trouvée longue d'un pied chez une femme qui mourut d'hémorrhagie le onzième jour. Chez une autre, elle était aussi volumineuse au quatorzième jour qu'au moment de la délivrance, et contenait une pinte de sang noir et fluide. C'est là sans doute aussi ce qui existait dans le cas d'Aitken. Elle ne reprend son type normal qu'au bout de cinq, six ou huit semaines, époque à laquelle les règles reviennent pour la première fois. Elle reste même toujours un peu plus volumineuse qu'avant la grossesse, et d'autant plus, en général, que la gestation s'est répétée davantage. Pendant cette période, il se fait un travail insensible, à l'aide duquel ses parois se dégorgent par degrés des fluides dont elles étaient imbibées. Ces fluides se portent plus spécialement vers sa cavité, parce que, dans ce sens, son tissu est moins dense, et qu'ils y trouvent une libre issue. Tant que les gros canaux utérins ne sont pas vides, ce n'est que du sang qui s'écoule. Plus tard, c'est de la sérosité qui se combine avec les détritus de l'œuf et les mucosités de l'organe. Mais il s'établit bientôt une véritable irritation suppuratoire, dont le produit, analogue sous quelque rapport aux écoulemens non contagieux de l'urèthre, se mêlant à la sérosité et au mucus fournis par la matrice, constitue les lochies blanches. Ainsi que le dit V. Swiéten (4), certaines femmes n'ont des lochies que pendant quelques heures. V. D. Wiel (5) en cite une qui n'en eut pas du tout. Millot (6) parle aussi d'une dame qui accoucha trois fois sans en avoir. Chez une malade

---

(1) Burns, *of midwif.*, p. 400, ou *Med. comment.*, vol. II, p. 300.

(2) Ingleby, *on uterin hemmorhag.*, etc., p. 247.

(3) *Ibid.* p. 248.

(4) Foreau, *Thèse*, Montpellier, 14 avril 1812.

(5) *Obs. rar.*, vol. I, p. 339.

(6) *Supplém. à tous les traités d'accouch.*, etc., tome II, p. 383

observée par M. Bruckmann (1), elles furent remplacées par un hématémèse. Barbaut (2) dit aussi qu'une de ses accouchées n'en eut que pendant deux heures.

Les lochies n'exigent que des soins de propreté. Au moment de la fièvre de lait elles cessent quelquefois de couler, ou, au moins, elles diminuent sensiblement de quantité. Cependant il n'est pas très-rare de voir ces deux phénomènes marcher ensemble sans se troubler réciproquement. Lorsqu'elles se suspendent avant ou après la révolution laiteuse, il me paraît généralement utile d'ajouter aux moyens mis en usage pour les rappeler, l'injection de liquides émolliens ou légèrement détersifs dans la cavité utérine. On peut voir, au surplus, par M. Lesaing (6), les nombreuses variétés de Lochies, que Flamant avait imaginées.

ART. 2.—Tranchées puerpérales.

Les *coliques ou tranchées utérines* commencent dans les premières heures qui suivent l'accouchement, cessent en général au moment où la fièvre de lait se manifeste, et durent rarement au-delà des lochies séreuses. D'autant plus fréquentes et plus aiguës que le travail a été plus prompt et plus facile, elles sont quelquefois assez fortes pour fatiguer considérablement les femmes. Produites par les efforts que fait l'utérus pour revenir sur lui-même, il est tout naturel qu'elles soient et plus vives et plus rapprochées chez les femmes qui ont eu déjà plusieurs enfans, que chez celles qui en sont encore à leur première couche. En effet, la matrice, trop promptement débarrassée dans le premier cas, ne se rétractant pas assez vîte pour empêcher la formation des caillots à son intérieur, est obligée de se contracter pour les chasser ou les détacher à mesure qu'ils se reproduisent, et chacune de ses contractions

(1) *Journal complémentaire*, tome XXIV, p. 134.

(2) *Cours d'accouch.*, etc., tome II, p. 143.

(3) *Thèse*, Strasb., 15 mars 1825.

fait naître une douleur. Dans le second, ayant réagi longtemps sur l'œuf, elle se trouve trop vivement irritée à la fin, pour ne pas reprendre rapidement son volume naturel, pour permettre au sang de s'accumuler dans sa cavité, et dès-lors point de caillots, point de contraction, point de tranchées. Ainsi la présence des caillots détermine les contractions, et, comme dans le courant du travail, les contractions font naître les douleurs. Je ferai remarquer, toutefois, que ces coliques doivent aussi varier d'intensité, selon la constitution du sujet et les circonstances, être bien plus fortes, par exemple, chez les femmes nerveuses et délicates, quand l'utérus est déjà douloureux, dans un état voisin de la phlogose, que chez celles qui se trouvent dans des conditions tout-à-fait opposées, bien qu'au fond les contractions soient semblables dans l'un et l'autre cas. C'est même en ayant égard à ces particularités qu'on explique sans peine leur acuité plus grande, quoiqu'il n'y ait rien à expulser des organes génitaux, chez quelques femmes, leur peu de vivacité, chez quelques autres, où elles coïncident avec la sortie de caillots volumineux, et comment il se fait qu'au lieu de diminuer dès le second jour, elles continuent d'augmenter, au contraire, dans certains cas, jusqu'au troisième, au quatrième, etc. Bien qu'on ne puisse plus rapporter les colliques de la couche à des gaz intestinaux, comme le croyait Mauriceau, à des cicatrices utérines, comme le voulait Dionis, ni même à la suppuration de la matrice, comme l'indique Puzos, et qu'il soit mieux de dire, avec Deleurye (1), que l'utérus, fatigué, ne peut plus se contracter sans douleur, il ne faudrait pas cependant nier absolument l'influence de ces diverses causes; car elles ne contredisent nullement la théorie de Levret (2).

Il importe de ne pas les confondre avec une métrite ou une péritonite naissantes, chose assez difficile, au surplus, quand elles sont portées à un très-haut degré. C'est pour avoir trop

---

(1) *Traité des accouch.*, etc, p. 342.

(2) Deleurye, *oper citat.*

souvent négligé cette distinction, que les auteurs sont si peu d'accord sur les dangers de la péritonite puerpérale et le traitement qui lui convient. Tant que les tranchées sont franchement intermittentes, que dans leur intervalle le ventre n'est pas sensible, qu'il n'y a pas de fièvre, et qu'elles n'ont point été précédées de frissons, il n'y a rien à craindre et rien à faire. Souvent elles sont suivies d'une sensation douloureuse assez vive à l'hypogastre, d'accélération du pouls, de soif et de chaleur à la peau, sans entraîner pour cela d'accidens graves; mais alors il faut y faire attention, et ne pas oublier qu'elles peuvent être le premier symptôme d'une maladie mortelle.

Tant qu'elles sont modérées, on les abandonne aux ressources de l'organisme, ou bien on se contente de donner chaque matin et chaque soir une ou deux tasses d'infusion légère de camomille, qui manque rarement de les faire disparaître au bout de deux ou trois jours. Il serait ridicule de vouloir les calmer, comme on le faisait du temps de Mauriceau (1), en donnant à la femme quelques gouttes du sang du délivre. Les deux lavemens par jour, dont Portal (2) se loue, pourraient être de quelqu'utilité et mériteraient la préférence sur le sel d'epsom, donné pendant plusieurs jours à petites dose par Levret. Autrement, il est parfois utile de prescrire des bains de siége, des injections émollientes ou légèrement narcotiques; d'administrer des calmans ou des antispasmodiques à l'intérieur, ou de pratiquer une ou plusieurs saignées, soit locales, soit générales, en même temps qu'on couvre l'hypogastre de cataplasmes, selon que la femme est faible, nerveuse ou pléthorique. Il peut même être nécessaire de porter un ou deux doigts vers le col, dans le but de favoriser l'expulsion d'un caillot trop adhérent. Si les coliques étaient par trop vives, on pourrait aussi, à l'instar de M. Cro-

(1) *Malad. des femmes grosses*, etc., p. 353.

(2) *La pratique des accouch.*, etc., p. 156.

zat (1), qui dit en avoir obtenu d'excellens effets, et comme je l'ai fait moi-même, avec des résultats également avantageux, quoique moins constans, recourir alors au seigle ergoté, et donner par cuillerée, dans les vingt-quatre heures, la potion oxytocique que j'ai indiquée en parlant de la suspension des douleurs; mais dans la grande majorité des cas elles ne réclament aucun secours. Si elles finissaient par devenir permanentes, par s'accompagner de réaction et inspirer des craintes, l'onguent mercuriel, mêlé d'un gros d'extrait d'opium par once, porté à haute dose en frictions sur l'hypogastre, en est un des meilleurs remèdes. L'emploi que j'ai fait de ce médicament dans la péritonite (2) et dans la métrite confirmée, m'autorise à le recommander hautement lorsque les tranchées utérines se prolongent et indiquent une phlegmasie commençante.

ART. 3.—Révolution laiteuse.

La *fièvre de lait* apparaît en général le troisième jour, quelquefois dès le premier ou le second, ou seulement le quatrième, le cinquième ou le sixième. Je l'ai vue ne se manifester que le huitième chez une jeune femme, à l'hôpital de la Faculté. De la céphalalgie, *sans frissons*, de la chaleur et de la sécheresse à la peau, en forment le prélude habituel. Le pouls, d'abord petit et dur, se développe bientôt. Les seins se tendent, se gonflent, deviennent douloureux, dans l'espace de quelques heures, au point de gêner les mouvemens des bras et de la poitrine. De la moiteur, puis de la sueur succèdent à cet état. La douleur de tête se dissipe. La fièvre tombe au bout de six, huit, dix, douze ou vingt-quatre heures, et la réaction laiteuse est opérée; mais les mamelles restent gonflées et douloureuses bien au-delà de cette période, surtout chez les femmes qui ne nourrissent pas.

---

(1) *Soc. méd.* d'Indre-et-Loire, 1834, p. 47.

(2) *Revue méd.* 1827, janvier.—*Archiv. gén.*, tome XIX. p. 535.

Pendant que la fièvre existe, il ne faut accorder ni bouillons, ni potages, ni boissons échauffantes. Si elle était trop intense, on pourrait tenter d'en modérer la force en pratiquant une petite saignée. Mais, en général, elle n'exige pas autre chose que les soins hygiéniques indiqués plus haut. La montée du lait est assez souvent précédée de la suspension ou du moins d'une diminution sensible de l'écoulement des lochies, qui reprend bientôt après sa marche naturelle. Quelquefois ces deux phénomènes ne paraissent avoir aucune influence l'un sur l'autre, et d'autres fois les lochies ne reparaissent point du tout après la fièvre de lait. La sécrétion du lait s'établit sans aucun trouble dans l'économie, dit M. Nægèle, lorsque deux ou trois heures après la délivrance, la mère donne le sein à son enfant. Si, au contraire, elle attend beaucoup plus, les seins se remplissent outre-mesure, se gonflent, sont douloureusement tendus, et il se manifeste un accès de fièvre, dite fièvre de lait.

CHAPITRE II.

Suites de couches non naturelles.

SECT. I. DÉPLACEMENT DE L'UTÉRUS.

ART. 1er. — Renversement de matrice.

L'inversion utérine au moment du travail a souvent été observée. Elle est possible même avant la grossesse, ainsi que Diemerbroeck (1) le prouve déjà, et que j'en ai observé un cas. Viardel (2) qui donne une figure pour apprendre à la réduire, l'enveloppait d'un linge, et se servait ensuite des doigts comme d'un piston. Quoi qu'en dise Baudelocque, un cordon trop court est capable de la produire bien mieux que le poids du placenta invoqué par Sabatier. Des tractions intempestives sur le cordon en ont souvent été la cause, comme dans les observations de

(1) *Anat. du corps hum.*, tome Ier, p. 306.

(2) *Obs.*, *sur la pratiq.*, etc., p. 211.

Mauriceau, Amand (1), etc. Il en est de même de la position verticale au moment de l'accouchement, ainsi qu'on le voit par l'observation de Canole (2). V. D. Wiel (3) l'a aussi rencontrée pendant la délivrance. Brusque et complète, elle peut amener la mort sur le champ, comme dans les cas d'Amand (4) Vaccoussin, Canole, M. Delmas (5). Deux malades dont parle Barbaut (6) périrent dans le lit de travail! Sur sept cas d'inversion utérine qu'il a vu, Hamilton (7) dit que six ont été suivis de mort avant qu'il n'eût été possible de secourir les femmes. Le plus souvent elle est incomplète. Mauriceau (8), Amand (9), Levret (10), l'ont vue représenter un cul de lampe dans le haut du vagin. Leroux (11) cite un cas pareil. La même chose avait lieu chez cette femme qui devint le sujet d'une violente diatribe contre A Leroy (12), et chez une malade de Saucerotte (13).

Le renversement complet ou incomplet de la matrice se reconnaît à la tumeur rougeâtre ou livide qui vient faire saillie dans le vagin ou la vulve, à l'absence du globe utérin au-dessus des pubis, aux douleurs, aux syncopes éprouvées par la femme, etc. Bien que l'ignorance la plus grossière seule soit capable de confondre l'inversion utérine avec un polype, on voit cependant encore quelquefois, commettre cette mé-

---

(1) *Nouv. observ. sur la prat.* etc., p. 182, 214, obs. 50, 160, obs. 40, 52.

(2) *Journal gén.*, tome IV, p. 40.

(3) *Observ. rarior.*, etc., vol. I, p. 291.

(4) *Oper. citat.*, p. 214, obs 52.

(5) Ferrand, *Thèse* n° 250. Paris, 1828.

(6) *Cours d'accouch.*, etc., tome I, p. 88.

(7) *Outlines of midwif.*, etc., p. 9[?].

(8) Leroux, *Observ. sur les pertes*, etc, p. 58.

(9) *Ibid.* p. 142.

(10) *Ibid.* p. 59.

(11) *Ibid.* p. 60.

(12) *Imputat. d'impérit.*, etc., Paris, 1787.

(13) Millot, *Supplém. à tous les trait*, etc., tome II, p. 267.

prise. Une femme (1) dont l'accouchement avait été prompt, et la délivrance un peu forcée, fut prise d'inversion utérine le huitième jour, par suite d'une défécaion pénible. On opéra la réduction ; une rechute eut lieu. Transportée dans un hôpital, elle fut disposée comme pour l'excision d'un polype. Les pinces de Museux étaient appliquées lorsqu'on s'aperçut de la méprise. Une métrite en fut l'effet, et la malade mourut!

On doit se hâter de réduire l'organe déplacé. Pour cela, on fait coucher la femme de telle sorte que le bassin soit plus élevé que la poitrine ; puis, avec la main garnie d'un linge fin enduit de cérat, on comprime, sans secousse, graduellement et d'une manière égale, sur tous les points, la tumeur externe, en la repoussant dans l'axe des détroits jusqu'à ce qu'elle ait repris sa situation naturelle.

Réduire avant de détacher le placenta comme le veut Denman (2) quand la délivrance n'est pas opérée, serait une mauvaise méthode. Les secousses galvaniques proposées par M. A. Baudelocque (3) ne seraient utiles qu'après l'essai de tous les autres moyens. La réduction resta tout-à-fait impossible dans le cas d'A. Leroy. Il en fut de même dans une des observations de Levret (4). Hoin et Leroux (5) échouèrent aussi en 1771, mais le mal datait d'un an. Barbaut (6) parle d'une dame qui continua de vivre sans trop d'inconvéniens dans un pareil état. M. Dewees (7) dit qu'il causa des douleurs horribles sans réussir, chez une malade qui en est morte. Dans un autre cas il fut obligé de compléter l'inversion ; après quoi il obtint un succès facile. Chez deux autres femmes cette inversion incomplète ou en cul de phiole causa les mêmes

(1) *Gaz. méd.* de Paris. 1832, p. 422.

(2) Merriman, *synopsis of difficult parturit.*, p. 158.

(3) *Bibl. méd.*, 1828, tom. IV.

(4) *Mém. sur les Polypes*, p. 133.

(5) *Observ. sur les pertes*, etc., p. 143.

(6) *Cours d'accouch.*, etc., tome II, p. 310.

(7) *Clin. des hôpitaux*, tome I, n° 11.

angoisses, mais se laissa repousser sans trop d'efforts. Le fait est que la réduction est en général plus facile quand l'utérus est absolument renversé. Le cul de lampe s'étrangle souvent dans le col, quoiqu'en dise De La Tourette (1). Pouvant renfermer une anse d'intestin (2), il cause ordinairement des douleurs et des accidens fort graves.

S'il était absolument impossible de réduire, on devrait attendre, combattre les symptômes inquiétans, et ne se décider à la ligature et à l'ablation de la tumeur qu'en désespoir de cause, quoiqu'on y ait eu recours dans le cas de Bardol (3), plusieurs de ceux que mentionne Baudelocque, ceux de Petit (4), celui de M. Newnham (5), etc. Dans le cas d'inversion complète, la méthode de Viardel adoptée par Leroux (6), la même à peu près que celle qui est suivie pour les vaches dans le Poitou, où M. Leblanc (7) dit en avoir vu plus de deux cents exemples, est encore la meilleure. Le linge qu'on maintient comme une poche sur le contour de la tumeur empêche celle-ci de s'étaler quand on la repousse. La compression circulaire et graduée serait d'ailleurs à tenter, si on ne pouvait pas réduire immédiatement.

Il est à remarquer, au surplus, que l'inversion utérine ne s'effectue pas toujours au moment de l'accouchement, ou de la délivrance; elle n'eut lieu que le huitième jour dans le cas relaté par la gazette (8). Lorsque la femme dont parle Ané (9), en fut prise, l'accouchement était terminé depuis douze jours.

---

(1) *Art. des accouch.*, etc., tome II, p. 86.
(2) *Journal gén.*, tome IV, p. 89.
(3) *Ibid.* tome V, p. 153.
(4) *Journal gén. de méd.*, etc.
(5) *Journ. univ. des sc. méd.*, tome II, p. 275.
(6) *Observ. sur les pertes de sang*, etc., p. 146.
(7) Ferand, *Thèse*, Paris, 1er décembre 1828.
(8) *Gaz. méd.* de Paris, etc., 1832, p. 422.
(9) *Journal gén.*, tome II, p. 27.

C'était le dixième dans l'observation de M. Tealier (1), et pendant des efforts de garde-robe.

ART. 2.—Déplacemens simples de l'utérus.

La *descente* de l'utérus, qu'on rencontre assez souvent dans les premiers jours de la couche, chez les femmes dont le bassin est très-large, qui ont les tissus très lâches, le périnée déchiré, ou qui font des efforts inconsidérés, n'exige guère autre chose, après la réduction, qne le repos et la position horizontale. Il est seulement permis d'y joindre quelques lotions astringentes ou styptiques, l'emploi de sachets imbibés de vin rouge, par exemple, quand il n'y a pas d'irritation. Ce n'est que beaucoup plus tard que les pessaires peuvent être mis en usage.

L'*antéflexion* et la *rétroflexion*, c'est-à-dire cet état dans lequel la matrice se coude de manière que son fond vient appuyer devant le sacrum ou derrière les pubis, maladie très-bien décrite dans la dissertation de M. Ameline (2), et dont M. Comte m'a fait voir un exemple sur le cadavre, se reconnaîtrait aux mêmes signes que la rétroversion ou l'antéversion, et réclamerait à-peu-près le même traitement.

Infiniment plus commune qu'on ne le penserait, d'après le silence des auteurs, la rétroflexion utérine finit souvent par devenir un accident grave. Dans cette position, l'organe, bientôt le siége d'une phlegmasie chronique, contracte des adhérences qui ne tardent pas à en rendre le déplacement impossible. Je l'ai déjà observée quinze fois hors l'état de gestation, mais par suite de couches, et l'une des malades est morte après quinze ans d'une constipation insurmontable. C'est donc un sujet qui mérite d'être mieux étudié, et sur lequel M. Montault (3) a eu raison d'appeler l'attention des praticiens.

---

(1) *Journal univ. des sciences méd.* tome XXXII, p. 223.

(2) *Thèse*, n° 55, Paris 1828.

(3) *Journal hebdom. univ.* etc., 1833.

SECT. II. LACÉRATIONS DIVERSES.

Plusieurs sortes de lacération peuvent être la suite de l'accouchement. Telles sont celles du col de la matrice, du vagin, du périnée, de la vulve et de l'articulation sacro-coccygienne.

ART. I. Allongement et déchirures du col.

Chez certaines femmes, le museau de tanche, toute la portion libre du col, s'allonge, s'épanouit tellement pendant le travail, sur la partie du fœtus qui descend la première, qu'elle forme à la fois, sur la tête principalement, une sorte de calotte percée ou de manchette longue de plusieurs pouces. Aussi, est-il démontré par l'expérience, comme M. Stoltz (1) l'a d'ailleurs très-bien remarqué, que, immédiatement après la sortie de l'enfant, le col utérin reste large et mou du côté du vagin, tandis qu'il se resserre promptement au contraire, par en haut, et que la main qui pénètre d'abord sans difficulté, éprouve une certaine résistance pour entrer dans la matrice; d'où il résulte même qu'une conception trop rapprochée du dernier accouchement, est une cause réelle d'avortement, ainsi que le remarque judicieusement M. Busch (2). La lèvre antérieure est surtout exposée à prendre cette disposition. Quelquefois alors on la voit se gonfler en forme de bourelet, puis descendre jusqu'auprès de la vulve sous l'aspect d'une sorte de tablier que la tête déchire ou peut déchirer en traversant l'excavation, qu'une sage-femme (3) qui la prenait pour le délivre, déchira en plusieurs lambeaux, et qui pourrait effrayer si on n'en connaissait pas l'origine. Les primipares y sont plus sujettes que les autres. C'est une disposition que Portal a mentionnée, que Deleurye (4) avait

(1) *Thèse*, Strasbourg, 1826, p. 110.

(2) Lehrbuch der Geburtskunde, etc., p. 419, § 698.

(3) Portal, *Pratiq. des accouch.*

(4) *Traité des accouch.*, p. 26.

observée, puisqu'il dit que le col s'allonge quelquefois jusqu'à la vulve pendant le travail, que M. Burns (1) indique aussi en annonçant que la lèvre antérieure de cet orifice s'allonge par fois de plusieurs pouces, et qu'il faut la repousser avec les doigts, mais que personne n'a décrite avec plus de soins que De La Tourette (2), dont M. Ducros (3) a publié trois exemples, et que j'ai rencontrée aussi trois fois, notamment dans un cas où l'enfant était venu par le pelvis.

Si on s'en doutait, dans le principe, peut-être serait-il avantageux de soutenir les bords de l'orifice à chaque contraction avec l'extrémité des doigts, comme le veut le chirurgien de Marseille; mais autrement c'est une précaution au moins iuutile, si non dangereuse. Les laciniures d'un pareil lambeau se rétractent et se réduisent bientôt à de simples tubercules qu'il serait d'ailleurs facile d'exciser, si la cicatrisation tardait trop à s'en faire. S'il n'a subi aucune solution de continuité, on le voit disparaître dans l'espace de quelques jours, et la femme ne s'en doute pas. C'est donc un accident de peu d'importance. Quant aux fentes du col proprement dit, quoique larges et profondes d'abord, quoique généralement inaptes à se cicatriser, elles se réduisent à trop peu de choses ensuite, pour réclamer un traitement à part. Du reste, c'est presque toujours, dit M. Stoltz (4) le point de l'orifice qui correspond au passage de l'occiput quand le fœtus vient par le sommet, du front ou du vertex quand c'est la face, de l'occiput et du front encore quand c'est le pelvis, qu'on trouve rompu après l'accouchement.

ART. II. Lacérations du vagin.

Ne voulant pas revenir ici sur les ruptures utero-vaginales,

---

(1) *Principl. of midwif.*, p. 423.

(2) *Art des accouch.*, tome II, p. 28.

(3) *Bulletins de la Faculté*, tome VI, p. 213.

(4) *Thèse*, Strasb. 21 août 1826.

je n'aurai à parler que des perforations qui servent de point de départ aux fistules vésico-vaginales et recto-vaginales.

Ces solutions de continuité, qui se remarquent principalement dans la moitié inférieure du vagin, m'ont paru s'effectuer de trois manières différentes, 1° par les tractions que produisent les efforts utérins, en tirant le col vers le fond. 2° par la pression de la tête en avant ou en arrière pendant qu'elle descend, 3° par les contusions dues au même mouvement, ou bien aux manœuvres tocologiques.

Les premières, ordinairement les plus larges, occupent presque toujours la cloison recto-vaginale. Il en est de même des secondes qui peuvent aussi acquérir de grandes dimensions. Les troisièmes, au contraire, se trouvent plutôt en avant, et tiennent à ce que la tête frotte plus fortement contre la symphyse des pubis que sur le devant du sacrum. Le volume ou les inégalités de l'enfant, l'étroitesse ou les difformités du bassin, les saillies osseuses et les tumeurs de toute espèce qui peuvent se manifester à l'intérieur de l'excavation, des brides, des cicatrices, une coarctation du vagin ou de la vulve en forment les causes prédisposantes. La tête, longtemps retenue entre les détroits, sa descente rapide du détroit supérieur vers le plancher pelvien, les efforts trop violents auxquels se livrent quelques femmes, la rigidité des parties chez plusieurs primipares en sont aussi des causes évidentes.

Celles qui résultent de manœuvres maladroites sont en général plus élevées que les autres. En avant elles comprennent le bas-fond de la vessie et non l'urètre. En arrière, elles s'ouvrent dans l'excavation recto-vaginale et non dans l'intestin lui-même; de telle sorte qu'une anse de l'iléon pourrait s'y trouver comprise, ainsi que le prouve une observation de M. Roux (1) et une autre de M. Casamayor (2). Plus bas, elles sont principalement amenées par le passage de la tête, à cause

---

(1) *Archiv. gén.*, tome XVII, p. 300.

(2) *Journal hebdom.*, tome IV, p. 165.

du changement de direction du canal pelvien, et parce que l'urètre, renfermé dans la colonne antérieure du vagin, forme un cordon plus dur et beaucoup plus épais qu'on ne le pense généralement, en arrivant au sommet de l'arcade pubienne, en même temps que le rectum cesse bientôt d'être soutenu par le coccyx. Ici leur production est même favorisée par le nombre et le volume des rides du vagin. Comme elles résultent souvent des contusions, des éraillures, du froissement ou de quelques escarres plutôt que d'une perforation réelle des parois vaginales, on ne s'aperçoit quelquefois de leur existence qu'au bout de plusieurs jours et même de quelques semaines après la délivrance.

A. Perforations vésico-vaginales.

Les *fistules vésico-vaginales* sont trop faciles à reconnaître pour qu'il soit nécessaire d'en relater ici les signes. Le passage des urines par le vagin, l'emploi de la sonde, du spéculum et du doigt, suffisent pour prévenir toute erreur à ce sujet. Ces fistules sont loin d'être rares. Si Clarke (1) n'en a rencontré que 4 exemples sur 10,000 femmes, à Dublin, M. Ryan en a rencontré 10 exemples à lui seul, et j'en ai observé 7 de mon côté.

Rien n'est plus difficile à fermer que de pareilles ouvertures; mais un grand nombre d'entr'elles finissent par guérir spontanément.

Quand les fistules vésico-vaginales sont petites, dit Mauriceau (2), elles disparaissent en six semaines ou deux mois; les grandes, au contraire, sont incurables.

Peu (3) parle d'une large fistule de ce genre, suite de gangrène du vagin, qui se cicatrisa de manière à causer une ré-

---

(1) Ryan, *Man. of midwif.*, p. 253.

(2) *Malad. des femmes grosses*, etc, p 350.

(3) *Pratiq. des accouch*, p. 384.

tention d'urine; il fallut placer la malade sur le ventre pour la sonder, mais elle guérit.

M. Blundell (1) cite aussi l'exemple d'une large fistule vésico-vaginale, et d'une fistule recto-vaginale, qui n'ont pas été moins heureusement guéries.

Chez une malade dont parle M. Ryan (2) les deux fistules recto-vaginale et vésico-vaginale étaient *énormes ;* cependant des brides se sont formées à la place de l'hymen, et la guérison s'est à peu près complètement opérée sous l'influence de la position sur le ventre et de simples tampons huilés dans le vagin. Pour prouver que ces sortes de fistules peuvent se fermer spontanément, M. Ryan (3) rapporte l'observation suivante : Vingt ans; petite stature; bonne santé ; trois jours en travail ; fistule vésico et recto-vaginales. Conquest croit l'opération indispensable; MM. Earle, Lawrence la disent impraticable. L'orifice vulvaire du vagin est trop resserré ; M. Salmon promet la fermeture de l'ouverture rectale. M. Ryan voit la malade; vulve comme chez une vierge : une bande fibreuse remplace l'hymen ; fistule d'un pouce et demi de long; trois lignes de large; position ; tampon huilé; la coarctation augmente; vagin et fistule presque fermés. Dans un cas où il y eut une eschar re large comme une *crown piece*, la femme guérit sans opération. On a vu à l'hôpital *Western* une femme portant une de ces fistules depuis quinze ans. Observée par MM. D. Davis, Ramsbotham, elle permettait l'introduction de tous les doigts dans le principe ; mais l'extrémité de l'index n'y serait pas entrée quand M. Ryan (4) l'examina. J'ai aussi été témoin, en 1831, de la guérison spontanée d'une fistule urétro-vaginale, chez une femme dont le bassin est très-étroit,

---

(1) *The Lancet*, 1828, vol. I, p. 334.

(2) *Manual of midwif.*, p. 514.

(3) *Man. of midwif.*, etc., p. 513, 514, 515, 616.

(4) *Man. of midwif.*, etc., p. 254.

et qu'il a toujours été fort difficile d'accoucher, même avec le forceps.

Enfin, Deleurye (1) remarque déjà, comme Levret (2) l'avait fait avant, que si les fistules vésico-vaginales ou du bas-fond sont incurables, il n'en est pas de même de celles qui comprennent simplement l'urètre.

J'ajouterai, qu'outre les succès obtenus par l'art et que j'ai cités ailleurs (3), il en existe un certain nombre d'autres actuellement dans la science. On en trouve un exemple dans les journaux américains pour 1826 (4). On employa la suture continue avec des aiguilles et un porte-aiguille, imaginés *ad hoc*, et le succès fut complet. M. Hobard (5) a réussi, de son côté, en combinant la cautérisation au moyen du nitrate d'argent avec la suture. On parle encore d'un succès de la suture obtenu par Chranam (6). M. Ryan (7) dit que M. S. Cooper n'a pas été moins heureux à l'hôpital Midlessex, en maintenant une sonde dans la vessie, un tampon de vieux linge dans le vagin, et la femme couchée sur le ventre ou sur le côté. Enfin, la cautérisation essayée sans succès dans un cas, par M. Earle, a complètement réussi à M. M'Dowel (8) ainsi qu'à M. Baravero. Je dirai au surplus que, dans quelques cas la vessie s'unit au vagin, dont l'orifice extérieur peut finir par se fermer. Alors les mois et les urines ne peuvent plus s'échapper. Des douleurs et des convulsions en ont été la conséquence. En pareil cas, des calculs peuvent aussi tomber dans le vagin (9). Des instrumens nouveaux ont encore été imaginés

(1) *Traité des accouch.*, etc., p. 312.
(2) *Art des accouch.*, etc., p. 190.
(3) *Méd. opérat.*, tome III, p. 647.
(4) *Med. recorder*, avril 1826, p. 410.
(5) *Journal* de Lyon, tome I, p. 193.
(6) Guerbois, oper. citat., p. 33.
(7) *Manual of midwif.*, p. 251.
(8) *Med. and surg. Journal*, 1831, vol. VI
(9) Puzos, and Burton, *med. and phys. Journal*, vol. VI.

par MM. Colombat, Recamier (1) etc., pour rendre la suture des fistules vésico-vaginales et plus facile et plus sûre; mais comme ils sont restés jusqu'ici sans application, je ne pense pas devoir les décrire. Enfin si la fistule correspond à l'urètre, il vaut mieux sonder souvent la femme que de laisser l'instrument à demeure dans la vessie.

Si la femme était obligée de vivre avec une pareille infirmité, la bouteille en caoutchouc, vantée par MM. Guillon (2), Holmes, Earle, et qui, placée dans le vagin, reçoit les urines, laisse passer les règles, et sert à fixer une sonde dans la vessie, serait un moyen palliatif infiniment préférable à l'espèce de vessie proposée par M. Dugès (3).

Une opération à tenter, et que je médite depuis longtemps sans avoir encore eu l'occasion de la pratiquer, consisterait à cautériser fortement la fistule et la paroi opposée du vagin ou à les enflammer vivement d'une manière quelconque, puis à les tenir en contact à l'aide d'un corps dilatant fixé dans le rectum. Une fois la fistule bouchée par les adhérences du vagin, il ne serait pas impossible, peut-être, de rétablir la continuité de ce canal si l'état de la femme le rendait désirable. Ceci vaudrait mieux, je crois, que de se borner à solliciter l'oblitération de l'ouverture vulvaire du vagin, comme M. Vidal (4) De Cassis en a eu l'idée; mais il faut attendre le témoignage des faits avant d'insister sur la valeur d'un semblable procédé.

La méthode que j'ai imaginée pour les fistules aérifères, et que je proposais d'appliquer à certaines fistules urinaires en 1832, vient d'être essayée par M. Jobert; mais rien ne prouve jusqu'à présent qu'elle ait réussi. J'ajouterai même avec M. Larrey qu'un certain nombre de fistules vésico-vaginales données d'abord comme guéries, ne l'ont été qu'en apparence. Celle

---

(1) Guerbois. *Thèse de Concours*, 1834, *Voyez* aussi la thèse de M. Dufraisse et celle de M. Bazard, Paris, 1834.

(2) *Lancette fr.*, tome V, p. 461.

(3) *Gaz. méd.*, 1831, p. 367.

(4) *Journal hebdom.*, 1834, tome Ier.

qui fait le sujet du travail de M. Lallemand, celle que m'avait annoncée M. Philippe de Rheims, sont dans ce cas. Il en est de même d'une de celle de M. Vidal et de la première qui fut opérée à l'hôpital Saint-Louis vers la fin de l'été de 1834. Soit qu'elles s'abusent elles-mêmes, soit qu'elles cherchent à tromper, les femmes disent être guéries, et le chirurgien s'en laisse imposer ainsi avec la plus grande facilité.

B. Perforations recto-vaginales.

Les fistules *recto-vaginales* offrent également des exemples de guérison spontanée. Fichet de Fléchy (1) en indique un qui paraît bien authentique; on en doit un second à Sedillot (2). M. Deschamps (3), interne des hôpitaux, dit aussi avoir vu la guérison spontanée d'une fistule recto-vaginale chez une femme de 68 ans, à la Salpétrière en 1833. M. Capuron (4) en a communiqué un autre à l'Académie, et j'ai moi-même (5) rappelé celui qu'on doit à M. Philippe de Mortagne. Levret (6) prétend, au reste, les avoir vues guérir plusieurs fois par la descente de l'utérus, et Deleurye (7), qui copie souvent Levret, dit qu'on les guérit par la suture, par l'abaissement du col, ou en mettant une grosse canule dans le rectum. Dans un cas où diverses opérations avaient été inutilement tentées, M. J. Nicols (8) en a triomphé à l'aide de la suture, déjà mise en pratique, comme on sait, par Saucerotte (9) et Noel (10). La compression, le refoulement du périnée, employés une fois avec succès, par M. Duparcque (11), formeraient

---

(1) *Observ. de méd. de chir. et d'accouch.*, p. 381.

(2) *Recueil périod. de la Soc. de méd.*, tome IV, p. 429.

(3) Guerbois, oper. citat., p. 20.

(4) *Acad. Royale de méd.*, séances de 1833.

(5) *Med. operat.*, tome III, p. 662.

(6) *Art des Accouchemens*, etc., p. 193.

(7) *Traité des accouchem.*, etc., p. 322.

(8) *The Lancet*, 1829, vol. II, p. 449.

(9) *Journal gén.*, tome IV, p. 417.

(10) *Ibid.* tome VII, p. 187.

(11) *Mém. à la soc. méd. d'Émul.*, p. 376.

une méthode tout-à-fait en rapport avec l'idée de Levret et Deleurye. Mais la compression des fistules recto-vaginales, au moyen de plaques garnies, portées l'une par le rectum, l'autre par le vagin et fixées par une vis de rappel, serait un mauvais moyen, quoiqu'elle ait, dit-on, réussi une fois à Cullerier (1).

ART. III. Déchirures du périnée.

Les ruptures du périnée sont confondues à tort, dans le langage habituel, avec les déchirures de la vulve. Celles-ci ne sont ordinairement que des fentes qui se prolongent plus ou moins d'avant en arrière ou de côté sur le périnée. Les autres sont de véritables perforations qui laissent le cercle de la vulve et de l'anus parfaitement intact. Pour changer le moins possible sur ce point, je parlerai des unes sous le titre de rupture vulvaire du périnée, et me servirai, avec M. Moreau (2), du mot perforation pour les autres.

§ I. Perforation.

A. La rupture centrale du périnée, d'abord observée sur une jument bouclée de la reine d'Angleterre, par Harvey (3), puis par Bianchi (4), sur une femme dont la vulve avait été malade, puis par Violet (5), qui en cite aussi une observation, est devenue en France le sujet d'assez vives contestations depuis l'année 1829. Comme plusieurs des exemples qui en ont été rapportés manquent de détails circonstanciés, et que, d'après l'opinion qu'il s'est faite sur le mécanisme de l'accouchement, cette perforation n'est pas possible, M. Capuron (6) a soutenu

---

(1) Guerbois, *Thèse de Concours*, 1834.
(2) *Rev. méd.*, 1830, tome II, p. 375.
(3) *De generat. animal.*, etc.
(4) *Vitio morb. generat.*, etc., p. 107.
(5) Pouteau, *Mélanges de chirurg.*, etc.
(6) *Transact. méd.*, tome I, p. 223.

et soutient encore que rien jusqu'ici n'en démontre l'existence, en tant que le fœtus soit sorti par là au lieu d'être expulsé par la vulve. Il semble en effet difficile, au premier abord, que le périnée, qui n'a qu'un pouce ou un pouce et demi dans l'état naturel, fournisse, en se déchirant, une ouverture assez grande pour laisser passer la tête et les épaules de l'enfant sans comprendre le sphyncter de l'anus ou celui de la vulve; mais en y réfléchissant un peu, on voit, au contraire, que le fait est assez facile. Tout accoucheur peut se convaincre qu'à la fin du travail le périnée, poussé, aminci, distendu par la tête ou le siége, acquiert parfois jusqu'à trois et quatre pouces de largeur, que la tête enfin en est presqu'entièrement coiffée. Or qu'une déchirure ait lieu dans ce moment sur le point le plus fortement tendu, et, à l'instant, cette large toile se transforme en un cercle susceptible de s'agrandir encore considérablement, bien plus que la totatilité du périnée sans perforation. Pourquoi un trou dans le milieu du périnée ne livrerait-il pas aussi bien passage à la tête que l'anus, que la vulve même, qui ne peuvent se développer qu'aux dépends des mêmes parties molles? Loin d'être impossible, la sortie de l'enfant est même d'autant plus facile, que le contour de l'ouverture s'agrandit alors par l'extensibilité des parties voisines et par la prolongation facile de la déchirure dans plusieurs directions; tandis que par les voies naturelles, la résistance est nécessairement beaucoup plus grande.

M. Capuron n'aurait raison que s'il s'en tenait à la lettre du mot, qu'en disant que ce n'est pas une déchirure purement centrale qui peut livrer issue à l'enfant. En pareil cas, en effet, la plaie s'étend presque toujours ou en avant, ou de côté et en arrière, et quelquefois même dans ses trois directions à la fois; mais la dissidence ne porterait plus alors que sur une subtilité qui ne mérite pas la peine d'être relevée.

M. Capuron objecte que la rupture centrale du périnée n'a été vue qu'après l'accouchement par la plupart des personnes qui en ont parlé, et qu'il faudrait, pour lever tous les doutes qu'un accoucheur instruit et digne de foi eût été lui-même témoin du passage de l'enfant par cette ouverture. Je répon-

drai que son argument n'est pas fondé de tous points. Par cela seul qu'on voit une large perforation au périnée communiquant avec le vagin, que le cordon la traverse encore ou en ait été retiré, on est déjà autorisé à dire que l'accouchement s'est fait par là ; car une fois le périnée percé ou rompu par la tête, je ne sais trop comment M. Capuron lui-même parviendrait à faire sortir le fœtus par la vulve. D'un autre côté, on possède aujourd'hui des faits bien authentiques de cette déchirure opérée sous les yeux d'hommes capables de la bien apprécier. Je puis en ajouter moi-même un exemple à ceux que la science possède.

Madame B***, demeurant alors rue Voltaire, était en travail depuis la veille au soir, lorsque je fus mandé près d'elle le 24 juin 1825, à cinq heures du matin. Forte, grande, elle en était à sa première grossesse. Les douleurs qui avaient été modérées depuis six heures jusqu'à minuit, avaient pris une grande intensité vers deux heures, époque à laquelle la tête s'était engagée dans l'excavation. La sage-femme, voyant que l'enfant tendait à sortir par l'anus, s'efforçait depuis près d'une heure de le repousser du côté de la vulve en soutenant de toutes ses forces le périnée. La déchirure ne s'en était pas moins opérée cependant, et lorsque j'arrivai, lorsque j'eus fait enlever les mains de la sage-femme et de la garde, je vis que tout le vertex avait déjà franchi la cloison périnéale en première position. Le reste de la tête sortit bientôt, ainsi que la totalité du tronc, et nous eumes un gros garçon très-fort et très-vivace. Comme la vulve était étroite je laissai le cordon dans l'ouverture accidentelle et entrainai par là le délivre.

Avant que la tête ne fût sortie on aurait cru qu'elle s'échappait par l'anus, tant la commissure de la vulve conservait d'épaisseur ; mais quand les parties furent un peu revenues sur elles-mêmes après l'accouchement, nous pûmes nous convaincre, du doigt et de l'œil, que le sphincter du rectum n'avait souffert aucune solution de continuité. La plaie inégale et frangée, un peu concave en arrière, se prolongeait moitié

plus à gauche qu'à droite, et se trouvait un peu plus rapprochée de l'anus que de la vulve.

Je me bornai à prescrire le repos, la position sur le côté, des lavemens et des lotions de décoction de racine de guimauve. Aucun pansement ne fut fait, et le dix-huitième jour la plaie se trouva complètement cicatrisée.

Madame B*** redevint enceinte quelques mois après, et l'année suivante elle accoucha par les voies naturelles, sans le moindre accident et sans secours; car l'enfant sortit seul pendant que le mari vint me chercher de la Villette, où cette femme était allée se fixer.

M. Coster m'a communiqué depuis un fait semblable. La femme était âgée de 23 ans. L'enfant, d'une grosseur moyenne, traversa brusquement le périnée à la suite d'une violente douleur. Une bride épaisse d'un travers de doigt se maintint entre elle et la rupture. Le placenta fut expulsé directement par la perforation et la bride vulvaire finit par se détruire sous l'influence de la suppuration.

B. Coutouly (1), M. Evrat (2), M. Joubert (3) ont aussi vu l'enfant traverser le périnée dans les cas qu'ils ont publiés. Si Nedey (4), Denman (5), M. Champenois (6), M. P. Guersent (7); M. Francon (8) et quelques autres n'ont pu constater le fait au moment même du travail, ou s'ils laissent à désirer quelques détails sur ce point, il n'en est pas moins impossible de nier l'exactitude de leurs observations. D'ailleurs on en connaît aujourd'hui un assez grand nombre d'autres exemples. Thiébault (9) l'a observé chez une femme affectée d'une

---

(1) *Observ. sur divers sujets d'accouch.*, p. 133.

(2) Moreau, *Revue méd.*, 1830, tome II, p. 374.

(3) *Ibid.* p. 381.

(4) *Ibid.* p. 377

(5) *Introd, à la prat. des accouchem.*, etc., tome I, p. 82.

(6) Moreau, *Rev. méd.*, t. II, p. 381, ou *Journ. gén.*, t. XLI, p. 167.

(7) *Gaz. méd.*, de Paris, etc., 1832, in-8°, tome IV, p. 58.

(8) *Ibid.* 1832, p. 866.

(9) *Journal de la Soc. de méd.*, tome XXXIV, p. 178.

exstrophie de vessie. Meckel (1) en a vu un cas en 1811, M. Merriman (2) un autre en 1816. Divers faits en ont été publiés en 1822 par Douglas (3), puis par Frank (4), par M. Master (5) en 1823, par MM. Gravis et Lebrun (6), par M. Moschner (7), par MM. Jungueman (8), Blundell (9), Ryan (10), Dupuy (11), Hernu (12), Duparque (13). Trinchinetti (14) en cite aussi deux observations; ce qui fait un total d'environ trente cas au lieu de sept qu'avait d'abord trouvés M. Moreau. Le passage de l'enfant à travers le périnée sans rupture de l'anus et de la vulve est donc actuellement une question jugée et sur laquelle il n'y a plus à discuter.

C. Les *causes* de cet accident ont été fort bien exposées par M. Moreau (15). Elles se rapportent à la saillie trop prononcée de l'angle sacro-vertébral, à la grande inclinaison du détroit abdominal, au défaut de courbure du sacrum, au peu de solidité de l'articulation du coccyx, à l'amplitude du détroit inférieur, en arrière surtout, au resserrement de l'arcade et à l'excès de longueur de la symphyse pubienne, à l'étroitesse naturelle de la vulve comme chez certaines primipares, ou bien à sa régidité morbide, à la longueur du périnée, ou bien

---

(1) Merriman, *Synopsis*, ou *Journal* de Mursinna, ou *Bulletin de Férussac*, tome XXII, p. 283.

(2) *Synops of diffic. parturit.*, etc., p. 263.

(3) *Med Reposit.*

(4) *Bulletin de Férussac*, tome XXII, p. 283.

(5) *Archiv. gén.*, tome XXIV, p. 187.

(6) *Annal. de la méd. physiol.*

(7) Luroth, *Bulletin de Férussac*, tome XXII, p. 283.

(8) *Archiv. gén. de méd.*, etc., tome XXIV, p. 587.

(9) *The Lancet.*, 1828, vol. II, p. 709.

(10) *Manual of midwif*, etc., p. 516.

(11) *Thèse*, Paris, 1822.

(12) *Transact. méd.*, tome II, p, 14.

(13) *Mém à la Soc. méd. d'Émulat.*, 1834.

(14) *Observazione*, etc., p. 152, 154.

(15) *Revue méd.*, 1830, tome II, p. 384.

encore à la rectitude absolue de tout le bassin, à la violence des efforts que fait la femme ou à la descente trop précipitée de la tête, aux positions occipito-postérieures et même à la présence d'un coude ou d'un pied, comme dans le cas de M. Dupuy; en un mot, à tout ce qui peut gêner le redressement de l'occiput dans l'axe de la vulve ou le forcer à suivre jusqu'à la fin, l'axe du détroit supérieur.

On est en droit de craindre la rupture du perinée, lorsque la tête, déjà sortie du détroit osseux, le fait considérablement bomber sans qu'il s'amincisse par son bord antérieur, lorsqu'en le projetant en avant, elle plisse, elle racourcit la vulve au lieu de l'allonger et de la distendre, enfin lorsqu'on a reconnu l'existence de quelques-unes des causes mentionnées tout-à-l'heure. Son existence suffit à elle seule pour en établir le diagnostic. Il est par conséquent inutile d'en rechercher les signes.

D. *Prognostic.* Ce n'est point une affection dangereuse. Si l'une des femmes citées par Trinchinetti (1) en est morte, c'est que des complications graves se joignirent à la rupture du périnée. Les malades en guérissent presque constamment et très-vite, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient pour les accouchemens futurs.

E. *Traitement.* Des lavemens pour tenir le ventre libre, des injections dans le vagin, des lotions émolientes et des bains de siége, le rapprochement et la presque immobilité des cuisses pour favoriser l'aglutination des lèvres de la plaie, un régime doux et modéré en forment le traitement le plus sage. On ne couperait la bride antérieure, comme l'a fait M. Champenois, que si elle était très-mince, ou que si elle avait perdu toute aptitude à se recoller en arrière. Alors ce ne serait plus qu'une fente à traiter, comme il sera dit dans l'article suivant. Sa détersion au moyen d'onguens, d'injections, ou de légères cautérisations, l'avivement, la suture n'en deviendraient utiles, ne seraient à tenter que si le temps de la guérison spontanée

---

(1) Oper. citat., p. 153,

était passé, que s'il y avait incontinence des matières stercorale, ou un dégât trop considérable pour qu'on pût en attendre la cicatrisation sans secours.

§ II. Fentes vulva res.

Les déchirures de la vulve qui ne comprennent que la fourchette, qui ne s'étendent qu'à trois ou quatre lignes sur le périnée sont de trop peu d'importance pour exiger des soins particuliers. Celles qui ne portent que sur les grandes lèvres, et qui sont transversales, comme j'en ai vu trois ou quatre exemples, un peu au-devant de la commissure postérieure et de côté, ne méritent guère plus d'attention. En disant que le clitoris est souvent détaché ou contus par la tête au moment du travail, Peu (1), si vivement critiqué par De La Motte (2) sur ce point, aura probablement été trompé par les petites lèvres, qui sont en effet sujettes à ce genre de blessures. Si elles ne se recollaient, ou ne se cicatrisaient pas d'une manière convenable, il serait trop facile d'en exciser les lambeaux pour qu'il puisse jamais en résulter de graves inconvéniens.

Les fentes un peu profondes de la commissure, celles surtout qui gagnent le voisinage de l'anus, et à plus forte raison encore, celles qui comprennent le sphincter, de manière à ce que le vagin et l'intestin se confondent par leur ouverture périnéale, réclament au contraire toute l'attention du chirurgien.

C'est dans le petit ouvrage d'Eros (3) que cet accident paraît avoir été noté pour la première fois. Levret (4) remarque qu'à la fourchette il a plus souvent lieu sur le côté que sur la ligne médiane. J'ai vu aussi que la déchirure alors est fréquemment multiple, et que la rétraction naturelle de ses petits lambeaux donne quelquefois naissance à des brides ou des

---

(1) *Pratiq. des accouch.*, p. 180.

(2) *Traité complet des accouch.*, p. 180.

(3) Denman, *Introduct. à la pratiq. des accouch.*, tome I, p. 412.

(4) *Art des accouch.* etc., p. 21.

tubercules capables d'en imposer pour des végétations syphilitiques.

A. *Causes*. Les positions occipito-postérieures, celles de la face, des fesses, indiquées par Levret (1), ne sont pas les seules qui puissent amener les fentes du périnée. Il n'est pas une présentation de la tête qui n'en soit parfois suivie. Un pied, un coude, un genou mal dirigé les produit assez souvent. L'épaule et les mauvaises manœuvres, connues sous le nom de petit travail, sont dans le même cas, ainsi qu'on le voit par une observation de Peu (2). L'infiltration, la rigidité des grandes lèvres y disposent aussi considérablement, et le fait que mentionne Burton (3) n'a rien d'extraordinaire sous ce point de vue. On doit surtout se tenir en garde contre le passage du moignon de l'épaule postérieure dans les positions de la tête, lorsque le fœtus est expulsé brusquement.

B. *Pronostic*. Les inconvéniens des larges fentes du périnée peuvent rendre la vie à charge, et constituer une infirmité dégoûtante. Si l'extrémité inférieure de la cloison recto-vaginale y participe, les matières stercorales, qui souvent ne peuvent plus être retenues, transforment le vagin en un vrai cloaque, et mettent la femme à peu près dans le même état que celles qui portent un anus accidentel. L'absence du plancher dans l'excavation fait que la matrice est très sujette au prolapsus, et qu'il est presque impossible de la soutenir au moyen des pessaires. Sans être impossible, quoique Morlanne (4) parle d'une femme qui était déjà devenue enceinte deux fois dans cet état, et que j'en aie observé une autre qui en était à sa quatrième grossesse, en 1828, la fécondation est cependant moins facile alors. Il n'y a pas même à en espérer de grands avantages pour les accouchemens futurs, attendu, comme le prouve De La Motte (5), que, en général, c'est le

(1) *Art des accouchem.*, etc., p. 25.

(2) *Pratiq. des accouch.* etc., p. 422.

(3) *Nouv. syst. des accouch.* etc., p. 258.

(4) *Journal d'accouch.*, etc.

(5) *Traité complet des accouch.* etc., p. 763.

détroit osseux et non le périnée ni les autres parties molles qui met obstacle au passage de la tête.

C. *Guérison spontanée.* Si, malgré les désagrémens qui peuvent en être la suite, les grandes déchirures du périnée sont le plus souvent abandonnées aux ressources de l'organisme, c'est que la guérison spontanée, complète ou incomplète, n'en est pas très rare, et que, d'un autre côté, les moyens employés par l'art n'ont pas toujours eu le succès qu'on pouvait en attendre. Thymœus (1) dit déjà qu'une femme, qui eut le périnée déchiré en totalité, ugérit sans aucun traitement. Peu (2) affirme aussi qu'une pauvre femme, qui avait été fort maltraitée par une matrone pendant un accouchement laborieux, et qui avait le périnée fendu, au point de ne pouvoir retenir ni ses gardes-robes ni les lavemens, n'en finit par moins par se rétablir complètement; mais il convient d'ajouter que De La Motte (3), qui prétend avoir vu cette femme trente ans plus tard en Normandie, soutient qu'elle n'était aucunement guérie. Tout en parlant de la suture, Mauriceau (4) se borne à conseiller aux femmes de ne plus faire d'enfant. Deleurye (5) dit, d'une manière absolue, que ces larges solutions de continuité se guérissent sans la suture. Le périnée, fendu jusqu'à l'anus, est un accident malheureux, dit Puzos (6), et qui m'est arrivé quelquefois; mais en tenant les membres rapprochés au moyen d'une bande, on le guérit aussi bien qu'avec la suture. Il en est de même d'Aitken (7), qui veut que la suture ne soit jamais admissible alors. C'est un axiome que M. d'Outrepont (8) a

(1) *Collect.* de Bonet, tome III, p. 198.
(2) *Pratiq. des accouch.* p. 422.
(3) Oper. citat. p. 765, obs. 405.
(4) *Maladies des femmes grosses*, etc., p. 344.
(5) *Traité des accouch.*, etc., p. 320.
(6) *Traité des accouch.* etc., p. 134.
(7) *Principl. of midwif.*, 1785, p. 174.
(8) *Bulletin de Férussac*, tome XXII, p. 94.

reproduit depuis, et que beaucoup de médecins ont adopté. Ainsi, ce serait aller trop loin que de dire, avec M. Roux (1), qu'on n'a jamais vu ici « la réunion se faire par les seules ressources de la nature. » Elle fut si complète, au contraire, dans un cas relaté par Trinchinetti (2), qu'il fallut plus tard inciser et dilater l'entrée du vagin pour permettre la copulation (3).

D. *Suture*. Cependant, bien que repoussée par de nombreuses autorités, la suture, essayée souvent sans succès, et de nos jours encore par MM. Dubois père et fils (4), dans deux cas différens, puis par un autre praticien que cite M. Blundell (5), a fréquemment réussi. Guillemeau (6), qui eut à traiter ainsi une fente prolongée jusqu'à l'anus, se servit d'un point de suture entortillée, et guérit sa malade en quinze jours. De La Motte (7), qui regarde la suture comme immanquable, en plaça trois points dans un cas : un sur la cloison recto-vaginale, un sur le périnée près de l'anus, l'autre aux environs de la fourchette, et réussit sans obstacle. En se comportant de la même manière, Morlanne (8) ne fut pas moins heureux dans un cas semblable. Saucerotte (9) et Noel (10), qui croient l'avoir mise les premiers en usage avec succès, ont également reussi. Il en a été de même de M. Montain (11) jeune, qui eut recours à la suture enchevillée un mois après l'accouchement, et qui réussit en huit jours ; d'Osian-

(1) *Gaz. méd.*, 1834, p. 18.
(2) *Osservazzione*, etc., del dottore Trinchinetti, Milan., 1816, p. 144.
(3) Oper. citat, p. 149.
(4) *Gazette Méd.* de Paris, 1834, p. 18.
(5) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 110.
(6) *OEuvres compl.*, in fol. p. 354.
(7) *Traité complet des accouch.* etc., p. 761, obs. 401.
(8) *Journal des accouch.*, tome I, p. 188.
(9) *Journal gén.*, tome IV, p. 417.
(10) *Ibid.*, tome VII, p. 187.
(11) *Ibid.*, tome LXXVI, p. 140.

der (1), qui guérit sa malade avec la suture simple; de M. Dupuytren (2), dont l'opération n'a été publiée que dans ces derniers temps; de M. Rowley (3), qui réussit en présence de M. Blundell, et, enfin, de M. Dieffenbach (4), qui attribue ses deux succès aux incisions latérales qu'il a soin de pratiquer de chaque côté; en sorte qu'en comptant celui que rapportent les éphémérides des curieux de la nature (5), la science en possédait au moins dix exemples, même sans y joindre ceux que M. Meissner (6) emprunte à Churchil, Bond, Alcock, Zang, lorsque M. Roux est venu fixer de nouveau l'attention sur ce point. Dans les cas de rupture du périnée M. Busch (7) vante surtout la méthode de M. Dieffenbach, méthode qui consiste à pratiquer une incision elliptique de chaque côté de la suture. Une rupture de la cloison recto-vaginale a été guérie au moyen de la suture, comme dans l'observation de Saucerotte par M. Laugier (8). Sans croire que la suture enchevillée soit la seule qui puisse être utilement employée, je pense cependant, avec M. Roux, que c'est elle qui offre le plus d'avantage et qui mérite la préférence, toutes les fois qu'aucune indication spéciale ne s'y oppose. Sur cinq essais, ce chirurgien a réussi quatre fois. Sa dernière malade est morte des suites de l'opération; mais cette femme, dont la maladie se rattachait à une parturition antérieure et à des ulcérations syphilitiques, m'avait déjà paru trop maltraitée pour que j'osasse la soumettre à aucune tentative quinze mois auparavant, lorsqu'elle vint dans mon service où elle subit l'excision d'une simple bride du rectum, et non une opération de fistule à l'anus, comme l'avance M. Roux (9) d'après de faux

(1) *Gaz. méd.*, 1834, p. 18.

(2) *Ibid.*, 1833, p. 786, ou n. du 18 octobre 1832.

(3) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 710.

(4) *Gaz. méd.*, 1834, p. 18.

(5) *Ibid.*

(6) *L'art des accouch.* au 19e siècle.

(7) Lehrbuch der Geburtskunde, *etc.*, p. 404.

(8) *Thèse*, Montpellier, 1817.

(9) *Gaz. méd.* de Paris, 1834, p. 17.

renseignemens. (Voir, pour plus de détails, les Traités de médecine opératoire.)

§ IV. Entorse du coccyx.

Chez les femmes qui ne deviennent enceintes qu'après trente ou quarante ans, le coccyx, dont l'articulation a eu le temps de se solidifier, se brise ou se luxe quelquefois avec bruit au moment où la tête franchit le détroit inférieur. C'est un accident que Denman (1) dit avoir observé, et que M. Ryan (2) regarde comme assez fréquent. D'autres fois, l'os ne se luxe ni ne se fracture, mais son articulation est si violemment tiraillée qu'il peut en résulter des douleurs fort vives, une inflammation, tantôt aiguë, tantôt chronique, de la suppuration, une carie, une nécrose, tout ce qui se remarque enfin dans les entorses des autres articulations. M. Ryan l'a vu si complètement séparé du sacrum, qu'il finit par être expulsé au-dehors. M. Burns (3) prétend que sa luxation non réduite est suivie d'un abcès qui se fait ordinairement jour dans le rectum. M. Dewees (4), qui insiste sur les conséquences des efforts exercés sur l'union sacro-coccygienne pendant le travail, dit que les douleurs, quelquefois très-aiguës, qui surviennent souvent en pareil cas, ne sont calmées que par le camphre à haute dose, l'opium et l'huile de genièvre.

La fracture, la luxation, l'entorse du coccyx peuvent rarement offrir de grandes difficultés de diagnostic. Le déplacement, la mobilité insolite de l'os, les douleurs qu'y ressent la femme, et que les efforts de garde-robe ou la moindre pression augmentent, en constituent les principaux signes. Des lavemens émolliens, de légers narcotiques à l'intérieur, ou même en topiques, des sangsues et des cataplasmes, si l'inflammation est manifeste ; des compresses résolutives ou des

---

(1) *Introd. à la pratiq. des accouch.*, etc., tome I, p.

(2) *Manual of midwif.*, p. 6.

(3) *Princip. of midwif.*, etc., p. 6.

(4) Ryan, oper. citat., p. 6.

linimens, des onguens anodins et légèrement excitans, si la suppuration paraît pouvoir être évitée; des incisions sur la peau ou à l'intérieur du rectum pour livrer issue au pus, aux liquides épanchés, aux esquilles, constituent les diverses médications à mettre en usage en les adaptant à chaque indication spéciale.

Ce que je viens de dire du coccyx s'applique d'ailleurs en grande partie aux symphyses des autres os du bassin, et ne mérite pas de nous arrêter plus long-temps en ce moment. (Voir les articles *Grossesse* et *Symphyséotomie*.)

ART. 5.—Œdème de la vulve.

L'*infiltration* des parties génitales externes peut être portée au point de fermer la vulve, et par conséquent de s'opposer au libre écoulement des lochies. Si le gonflement est purement lymphatique et sans douleur, il suffit, pour le faire disparaître, de pratiquer quelques mouchetures un peu profondes, à la face interne du pudendum. Quand il y a de la sensibilité et des signes d'inflammation, on a recours aux bains, aux embrocations, aux cataplasmes émolliens, aux sangsues même si le cas le requiert. Enfin, les abcès qu'on y observe quelquefois, et dont Fichet de Flechy (1) rapporte des exemples, se traitent comme dans toute autre région du corps, si ce n'est qu'il importe de les ouvrir largement et de bonne heure.

ART. 4.—Effets habituels de l'accouchement.

Les frottemens, les pressions, les violences de toute nature éprouvées par les viscères contenus dans le bassin, font que les nouvelles accouchées sont très-sujettes à la rétention et à l'incontinence d'urine, aux hémorrhoïdes et à la constipation.

---

(1) *Observat. de méd. chir. et accouch.*, 1781, p. 381.

§ I. Du côté de la vessie.

A. La *rétention d'urine* a besoin d'être surveillée, attendu que la femme ne s'en plaint pas toujours dès le début. Elle réclame les mêmes secours que les indispositions suivantes, mais seulement à titre d'accessoire, car son remède essentiel est le cathétérisme, renouvelé deux ou trois fois le jour.

B. L'*incontinence d'urine* elle-même exige l'emploi des émolliens. En général, la guérison ne s'en fait pas long-temps attendre. Si elle tardait trop, cependant, on la hâterait, en tenant le ventre libre, en donnant même quelques purgatifs, et surtout en promenant des vésicatoires volans sur l'hypogastre.

§ II. Du côté de l'intestin.

A. La *constipation*, suite naturelle de l'engourdissement où se trouve le rectum et de l'irritation dont l'anus est souvent le siége, est encore favorisée par le relâchement brusque amené par la déplétion de l'utérus dans toutes les régions de l'abdomen. Si les clystères émolliens ou modérément laxatifs n'en triomphent pas, et que les émissions sanguines ne soient pas indiquées, l'administration d'un purgatif léger peut être avantageuse après les six ou huit premiers jours.

B. Comme les *hémorrhoïdes* alors tiennent en grande partie à l'irritation générale du périnée ou du bassin, elles exigeraient une médication plus franchement antiphlogistique que les hémorrhoïdes ordinaires, si elles persistaient au-delà de la première semaine.

§ III. Du côté des organes sexuels.

Si le *vagin*, *le col utérin*, ou quelques-unes des lames contenues dans l'excavation *s'enflamment* au-delà du degré convenable, il en résulte un sentiment de chaleur dans cette région, un mouvement fébrile plus ou moins prononcé, de la céphalalgie, de l'inappétence et parfois de la céphalalgie. C'est une suite de couches à ne pas négliger. Des déviations de l'utérus

ou de son col, des adhérences contre nature, des indurations, des foyers purulens dans le bassin, au pourtour des organes génitaux, peuvent en être la suite. Des injections émollientes dans le vagin, des bains de siége, des sangsues à la vulve ou au siége, une saignée du bras même si la force du pouls l'indique, avec des boissons adoucissantes et un régime sévère en forment la médication tout à la fois préventive et curative.

Le *col utérin,* dont les changemens ont été fort bien étudiés par M. Stoltz (1), d'abord mou, large, pendant, comme boursoufflé, béant et frangé dans le haut du vagin, se resserre promptement du côté de la matrice, et finit aussi par se dégorger inférieurement dans l'espace de dix à quinze jours. Les fentes qu'on y rencontre presque toujours se réduisent considérablement par suite de la rétraction des tissus; mais comme elles ne se cicatrisent point, il en reste à peu près constamment quelques traces.

ART. VI.—Thrombus de la vulve.

Le *thrombus* des grandes lèvres, déjà noté par Levret, oublié par la plupart des auteurs modernes, assez bien décrit par le docteur Dewees, et que j'ai observé moi-même un certain nombre de fois, peut se manifester au moment où la tête s'engage dans le détroit inférieur ou le franchit, et même dans les deux premiers jours qui suivent l'accouchement. La tumeur envahit quelquefois les deux lèvres; plus fréquemment elle n'en occupe qu'une seule. Du volume d'une noix, d'un œuf de poule, dans certains cas, on la voit aussi s'élever à des dimensions beaucoup plus considérables.

Le tissu qui double l'entrée du vagin, qui constitue les grandes lèvres et qu'on retrouve sur le pénil, se compose de veinules, d'artérioles, de filamens celluleux et de pelotons graisseux tellement entrecroisés ou combinés, que le sang qui s'y épanche le fait presque toujours en abondance sans pou-

---

(1) *Thèse*, Strasb., août 1826.

voir s'infiltrer au loin sous forme de simple ecchymose. Aussi les coups, les chutes, les diverses sortes de pressions sur la vulve sont-ils souvent suivis d'une tumeur sanguine assez volumineuse, et qui a beaucoup occupé les pathologistes, ceux surtout qui se livrent à l'art des accouchemens.

§ I. *Nature et fréquence.* Chez les femmes enceintes, la stagnation des fluides dans la vulve, et l'état variqueux où se trouvent souvent les veines du vagin, disposent assez à cette tumeur pour qu'elle s'y soit plus d'une fois manifestée sans cause extérieure. Les auteurs en renferment un certain nombre d'exemples qu'on pourra consulter dans le mémoire de M. Deneux (1); mais ce ne sont là que des exceptions qui ne doivent pas empêcher de considérer le thrombus de la vulve comme un résultat pur et simple de contusions et non comme le signe d'un état variqueux général, qu'invoque M. Judas (2). Il est d'ailleurs loin d'occuper toujours le même point. Je l'ai vu à l'extrémité périnéale, à l'extrémité pubienne, à la face interne, à la face externe de l'une ou de l'autre lèvre; je l'ai rencontré aussi sur le milieu du mont de Vénus, et une fois sur l'anneau inguinal. M. Dewees ne l'a jamais vu que sur une des lèvres. Sur quatre cas, M. d'Outrepont (3) l'a observé trois fois à droite.

Quelques personnes ont cru que c'était une maladie propre aux femmes enceintes, et M. Deneux (4) lui-même dit encore ne connaître que l'observation de Hunter qui se rapporte à un autre état de la femme. C'est une erreur qui tient probablement à ce que les chirurgiens en ont moins parlé que les accoucheurs, du moins sous le nom de tumeurs sanguines, ou à ce qu'ils l'ont confondue avec des tumeurs différentes. On en rencontre des exemples assez nombreux dans les recueils scientifiques, et la pratique journalière ne laisse pas que d'en offrir aussi assez souvent.

---

(1) *Tumeurs sanguines de la vulve et du vag.*, Paris, 1830.

(2) *Gazette méd.* de Paris, 1831, p. 51, 91.

(3) *Bulletin de Férussac*, etc., tome XXII, p. 92.

(4) Oper. citat., p. 4.

C'est évidemment un thrombus de la vulve que Formi (1) décrit sous le nom de *gangrène*, dans l'observation suivante :

Une femme, âgée de trente ans, eut une grande tumeur à la lèvre droite de la vulve, tumeur qui lui était venue à la suite d'une blessure. « Ayant négligé ce mal, l'espace de trois ou quatre jours, finalement la gangrène y vint. Je fis faire de grandes et profondes incisions dans la partie interne de la vulve; puis, mettant les mains dans lesdites incisions, j'en tirai de grands grumeaux de sang jusqu'à la quantité d'une livre et demie. » L'ulcère fut cicatrisé par l'eau vulnéraire.

De La Motte (2) raconte qu'une dame se heurta si fortement la vulve sur une chaise, qu'il en résulta une tumeur de la grosseur du bras dans l'une des grandes lèvres, et qu'il n'eut d'autre attention que de faire résoudre le sang extravasé qui remplissait *cette grosse lèvre*. Chez une demoiselle qui était tombée sur l'angle d'une bûche, et qui fut observée par le même auteur, la grande lèvre gauche devint aussi grosse que le poing. Il ouvrit cette tumeur, et « il en sortit une grande quantité de sang très-noir, en partie coagulé, en partie liquide. »

Le thrombus vulvo-utérin a d'ailleurs été fréquemment observé; car, outre les trois exemples que je viens de rappeler et ceux au nombre de soixante environ que M. Deneux emprunte à Rueff, Kraunaer, Boer, Audibert, Siebenhaer, Legouais, Mauriceau, Peu, Veslingius, Fichet, Le Dran, Alix, Lentin, Delius, Barbaut, Macbride, Berdot, Peyrilhe, Brasdor, Zeller, Solayrès, Hunter, Baudelocque, Casaubon, Pacull, Siebold, Perfect, d'Outrepont, Chaussier, madame Lachapelle, Blagden, Dewees, Meissner, Sedillot, Massot, Ané, Wendelstadt, Osiander, Coutouly, Reeve, Wingtrinier, Jœrg, ou à sa propre pratique, outre les vingt-cinq cas que j'en ai moi-même rencontré, il en existe encore une foule d'autres dans différens auteurs, qui semblent n'être

(1) *Collect.* de Bonet, tome IV, p. 197.

(2) *Traité compl. de chirurg.*, tome II, observ. 248, 249.

pas tombés sous les yeux de M. Deneux. Cette tumeur, que V. der Wiel (1), par exemple, décrit sous le titre de *vaginæ uteri extensio* et qu'il incisa avec succès, était un véritable thrombus. Deleurye (2) en établit de deux sortes, par infiltration et par épanchement, que l'incision seule peut guérir. Denman (3) en indique deux cas. On en trouve un autre dans la thèse de M. Doudement (4). Puzos (5), qui dit en avoir vu plusieurs, remarque que le foyer proémine en dedans plutôt qu'en dehors de la vulve, et soutient qu'on les guérit très-vite en les ouvrant avec le doigt ou le bistouri. Humpage (6) et Baillie (7) en font aussi mention. Enfin de nouveaux exemples en ont été publiés par MM. Pingeon (8), Hervez (9), Levrat (10), Teallier (11), Stendel (12), etc.; en sorte qu'il serait facile aujourd'hui d'en réunir cent observations détaillées.

Ces tumeurs sont si loin d'être rares hors l'état de grossesse, qu'il s'en est présenté huit à la Pitié depuis le 1er janvier 1833. Deux avaient été causées par un coup de pied, une autre par une chute sur le brancard d'une voiture, un quatrième par une violente pression, et les quatre dernières probablement par l'abus du coït. Dans ce nombre je ne comprends point les cas où la tumeur était plus ou moins dégénérée et dont j'ai parlé en traitant des transformations du sang (13). N'en ayant

---

(1) *Observat. varior.*, etc., vol. I, p. 295.

(2) *Traité des accouch.*, etc., p. 129.

(3) *Introd. à la pratiq.*, tome II, p. 462.

(4) *Thèse*, n° 65, Paris, 1826.

(5) *Traité des accouch.*, etc., p. 13.

(6) *Med. and. phys. jour.*, vol. LIII, ou Burns, *principl. of midwif.*, p. 69.

(7) *Ibid.* vol. XI, p. 42.

(8) *Archiv. gén. de méd.*, tome XXX, p. 411.

(9) *Journal univ. hebdom.*, etc., tome VIII, p. 375.

(10) *Journal clin. des hôpit.* de Lyon, tome I, p. 431.

(11) *Trans. med.*, tome III, p. 21.

(12) *Archiv. gén. de méd.*, tome V, 2e sér., p. 146.

(13) *De la contusion dans tous les organes*, etc., Paris, 1833.

rencontré que neuf exemples pendant la grossesse ou comme dépendant de l'accouchement, et l'ayant au contraire observée plus de quinze fois hors cet état, je serais assez disposé à croire que les femmes grosses n'y sont guère plus sujettes que les autres.

Les filles publiques ou les femmes qui se livrent sans réserve aux plaisirs vénériens, sont celles qui me l'ont le plus souvent offerte. J'en ai rencontré une chez une jeune personne de quatorze ans, à peine pubère, et qui prétendait avoir été violée.

II. *Marche et terminaison.* Hors le temps de la gestation, les trombus de la vulve acquièrent en général moins de volume que chez les femmes enceintes. Comme les malades consentent aussi moins facilement à s'en plaindre, ces tumeurs ont le temps de s'enflammer, et sont souvent confondues avec un abcès par les praticiens, comme par les personnes qui en sont affectées. Celles qui s'enflamment, et qui ont leur siége en arrière ou très près du vagin, donnent issue, quand on les ouvre, à des caillots mêlés de pus, ou à du pus mêlé de caillots sanguins, et répandent une odeur de matières stercorales, une fétidité qui ferait croire, au premier abord, qu'on vient de plonger le bistouri dans un abcès gangreneux de l'anus. Une jeune fille, grosse et très-fraîche, en a donné la preuve aux élèves de la Pitié dans le mois de mai 1833. La même chose existait, au reste, chez une autre dont le foyer sanguin reconnaissait pour cause un accouchement terminé par le forceps. L'odeur tient ici au voisinage du rectum ou de canaux tapissés par une membrane muqueuse, et se transmet aux dépôts sanguins de la vulve par le même mécanisme que dans certains abcès de la marge de l'anus, des parois du ventre et du contour de la bouche, ainsi que Fichet de Fléchy (1) en donne aussi la preuve. Il importe que le chirurgien soit prévenu de sa possibilité, afin de ne pas croire trop légèrement à une perforation de l'intestin.

---

(1) *Observ. sur la méd., la clin., les accouch.*, etc., p. 381.

Même quand ils ne s'enflamment pas, les foyers sanguins de la vulve, formés au moment de l'accouchement ou peu de temps après, causent quelquefois de vives douleurs. J'ai vu deux malades auxquelles ils arrachaient des cris perçans. Il en résulta plusieurs syncopes dans un cas cité par M. Reeve (1). Autrement ils peuvent, au contraire, comme dans les autres régions du corps, être assez long-temps supportés sans déterminer beaucoup de souffrance. Au mont de Vénus et dans la portion inguinale de la vulve ils ne produisent pas autant de réaction que dans la moitié inférieure des grandes lèvres, N'est-ce pas à leur dégénéreescnce dans ce lieu, quand on ne les ouvre pas ou quand ils ne s'ouvrent pas d'eux-mêmes, que sont dues quelques-unes des tumeurs enkystées, pleines de matière gélatineuse, roussâtre, onctueuse, ou de couches stratifiées que j'y ai rencontrées déjà plusieurs fois (2), et dont on trouve deux exemples dans P. Potier (3), qui dit qu'une tumeur du volume d'un œuf que portaient deux dames à la vulve, était remplie de *substance glaireuse comme du blanc d'œuf?*

Lorsque le thrombus de la vulve a son siége très haut, la teinte violacée ou bleuâtre de la peau permet rarement de le méconnaître. En bas et dans la profondeur des grandes lèvres, il peut au contraire n'être accompagné d'aucune ecchymose, surtout lorsque plusieurs jours se sont écoulés depuis son apparition.

La circonstance d'une chute, la fluctuation obscure et les autres signes connus du dépôt sanguin, en rendent le diagnostic assez facile. S'il a pu en imposer pour une hernie, pour un renversement du vagin, pour un renversement de matrice, pour une chute de l'intestin dans les cas cités par Macbride (4),

---

(1) *Journal des Progrès*, etc., tome VIII.

(2) *Voyez* Bassereau, *Journal univ. hebdom.*, etc., avril 1832.

(3) *Collect.* de Bonet, tome IV, p. 492.

(4) *Med. obs. and. inquiries*, vol. V.

Casaubon (1), Coutouly (2), Peu (3), c'est que la nature n'en avait pas encore été suffisamment éclairée.

La résolution pure et simple en est moins facile que dans beaucoup d'autres régions, qu'au crâne, par exemple. Elle a cependant été observée, ainsi qu'on le voit par les observations de Boer (4), de M. Audibert (5), de M. Deneux (6), et ainsi que je l'ai vu moi-même deux fois. Plus souvent il se transforme en phlegmon, et se comporte à la manière d'un abcès. C'est lorsque le thrombus reste indolent et qu'on l'abandonne à lui-même qu'il peut se présenter plus tard sous l'aspect de tumeurs en apparence fort différentes. En général, le pronostic n'en est pas grave. Il est presque toujours possible d'en débarrasser promptement les malades. La mort en fut la suite néanmoins dans le cas de M. Stendel; mais il s'était échappé près de sept livres de sang de la tumeur.

§ III. *Traitement.* Deux ordres de moyens ont été opposés au thrombus vulvaire; ce sont les mêmes que pour les bosses sanguines en général. Les uns ont pour but de le dissoudre, ou d'en opérer la résolution. On ne doit compter que très-peu sur leur efficacité. Lorsque la tumeur est fluctuante, volumineuse, bien circonscrite, et, même dans les autres cas, ils ne produisent pas d'effets sensibles. C'est une méthode trop longue et trop incertaine pour être exclusivement adoptée. Les autres ont pour objet de vider la tumeur; ce sont ou les caustiques, ou la ponction, ou l'incision. La cautérisation doit être rejetée sans discussion. On ne réussirait par la ponction que si le thrombus était liquide, et la pratique montre qu'il est presque toujours rempli de sang en partie coagulé. C'est donc l'incision qui en est le remède efficace. Les craintes de Coutouly et de

---

(1) Deneux, oper. citat., pag. 108.

(2) *Sur divers sujets d'accouch.*, etc., p. 140.

(3) *Pratique des accouch.*, etc., p. 530.

(4) *Natur. med. obstetr.*, etc., 1812.

(5) *Thèse*, Paris, 1812.

(6) Oper. citat. p. 89.

Berdot, au sujet des hémorrhagies qui pourraient se manifester quand on y a recours, sont tout-à-fait chimériques. On ne trouve dans cette région aucun vaisseau assez volumineux pour inquiéter. D'ailleurs si cette hémorrhagie avait lieu, il serait aisé d'y mettre un terme en tamponant et comprimant toute la surface du foyer, ou même en la cautérisant s'il le fallait. Le fait de M. Stendel est un cas tout-à-fait exceptionnel et difficile à comprendre. Il n'en est pas moins vrai que cet accident serait plus à redouter dans les vingt-quatre premières heures que plus tard, et que le conseil donné par quelques praticiens d'attendre un jour ou deux n'était pas tout-à-fait irrationnel. C'est qu'en effet les artérioles qui ont été rompues, bientôt comprimées par la réaction des tégumens, ont ainsi le temps de se fermer. La précaution, recommandée par M. Dewees (1), de n'exercer sur eux aucune pression après les avoir incisés et de les laisser se vider seuls, est complètement inutile. Elle leur est encore moins applicable qu'aux collections sanguines des autres régions, pour lesquelles Léveillé en avait déjà fait un précepte. Du reste, il serait possible, je crois, de faire cesser toute dissidence sur la manière de traiter les thrombus de la vulve en en faisant deux classes. Hors du moment des couches, en effet, et lorsqu'ils ne causent ni douleurs vives, ni trouble général, il est en quelque sorte permis de leur appliquer indifféremment l'une ou l'autre des méthodes indiquées tout-à-l'heure, bien que, même alors, une large ouverture soit ce qu'il y a de plus sûr. Pendant le travail, qu'ils soient douloureux ou non, il n'y a pas à hésiter, on doit les inciser sur-le-champ. Si on ne s'y décidait pas, l'accouchement en serait inévitablement retardé ou empêché. L'augmentation de leur volume pourrait n'avoir pas de fin et décoller largement les tissus. Rueff, qui semble avoir parlé le premier des contusions avec tumeur sanguine de la vulve, se comportait ainsi dès l'année 1554.

---

(1) *Phys. and. med. Journal.* mai 1827.

Le Dran (1), Kraunauer (2), MM. Dewees (3), Martland (4), Deneux, ont suivi la même pratique. Plus récemment, M. Téallier s'y est conformé avec un plein succès. M. Rathelot (5) cite aussi un exemple de thrombus vulvaire après l'accouchement guéri par l'incision. Je l'ai toujours mise en usage, de mon côté, excepté chez deux malades qui s'y refusèrent formellement; et je suis si convaincu de sa supériorité, que j'ai peine à comprendre comment tout le monde ne s'y est pas encore rallié. Des quinze femmes que j'y ai soumises pendant la grossesse, au moment du travail, après l'accouchement, ou hors de l'état de gestation, et dont les détails me sont présens, aucune n'a éprouvé d'accidens. Chez toutes, la plaie s'est détergée et cicatrisée dans l'espace de dix jours à un mois. Lorsque la peau n'est amincie que dans une petite étendue, et que le sang est plutôt infiltré que véritablement rassemblé en dépôt, je me dispense de prolonger à l'extrême les incisions; mais dans les circonstances opposées, surtout quand le thrombus se rapproche du périnée, j'incise largement et de manière à ne laisser aucun clapier. Si la fluctuation est sourde en dehors et très manifeste en dedans, c'est la partie interne de la lèvre affectée que je choisis. Dans le cas contraire, et même quand les tissus ne sont ni trop amincis du côté du vagin, ni d'une épaisseur trop grande du côté de la cuisse, je préfère inciser sur cette dernière région. La rupture par le massage que M. Champion m'a dit avoir employée une fois avec succès, ne convient qu'aux petites tumeurs. Du reste si le foyer persistait avant la fin du travail, le passage de l'enfant en amènerait inévitablement la déchirure, ainsi qu'on le voit d'ailleurs par les observations de

---

(1) Deneux, oper. citat., p. 77.

(2) *Ibid.*, p. 144.

(3) *Journal des Progrès des Sc. et inst. méd.*, tome VIII.

(4) Dewees, oper. citat.

(5) *Précis des travaux de la Soc. médicale* de Dijon, 1832, p. 108.

Humpage et de M. Stendel. Cette rupture, qui eut lieu pendant une version, dans le cas de M. Pingeon (1), ne se fit qu'au bout de quelques jours dans les exemples de Barbaut (2) et de M. Hervez.

En résumé donc, les contusions produisent à la vulve les mêmes épanchemens que partout ailleurs sous la peau, et les dépôts sanguins, dont on a fait ici une maladie à part, ne méritent d'y être étudiés séparément, que par suite de leur fréquence et du lieu qu'ils occupent, ou des organes qu'ils avoisinent.

(1) *Soc. méd.* de Dijon, 1832, p. 104.
(2) *Cours d'accouch.*, tome I, p. 49.

FIN DU TOME SECOND ET DERNIER.

EXPLICATION

DES PLANCHES DU TOME SECOND.

Planche I.—Positions du vertex.

Fig. I.—Première position au détroit supérieur.
Fig. II.—Position occipito-antérieure idem.
Fig. III.— — occipito postérieure dans l'excavation.

Planche II.—Positions de la face.

Fig. I. Première position au détroit supérieur.
Fig. II.—Position mento-pubienne idem.
Fig. III.—Face au détroit inférieur.

Planche III.—Positions du tronc.

Fig. I.—Position occipito-postérieure.— Le tronc étant sorti.

Fig. II.—Position dorso-pubienne de l'épaule gauche.
Fig. III.— idem. — de l'épaule droite.
Commencement d'évolution spontanée. L'épaule (*a*) fortement abaissée vient appuyer contre le côté gauche (*b*) de l'arcade pubienne, et permet à la poitrine (*c*) de descendre peu à peu pour sortir par le côté (*d*) de la vulve.

Planche IV.—Version.

Fig. I.—Position occipito-iliaque gauche.
Fig. II. dorso-pubienne de l'épaule droite.
Fig. III.—Présentations du siége.

Planche V.—Emploi du forceps.

Fig. I.—Tête en travers, prise dans le sens de son diamètre antéro-postérieur au détroit supérieur.

Fig. II.—Position occipito-antérieure au détroit inférieur.
Fig. III.—Forceps dans l'accouchement par le pelvis.

Planche VI.—Délivrance.

Fig. I.—Délivrance simple.

La main droite (*a*) saisit le cordon (*bb*) pour tirer dessus pendant que la main gauche (*c*) en repousse la racine à la manière des poulies de renvoi.

Fig II.—Délivrance artificielle.

La main gauche est dans la matrice et s'efforce de décoller le placenta.

Fig. III.—Châtonnement du placenta.

a.—Cordon libre dans la cavité utérine.

b.—Placenta qu'un resserrement de l'utérus (*cc*) tend à emprisonner.

d, *d.*—Col dont les lèvres sont comme flottantes dans le haut du vagin (*ee*).

Planche VII.—Forceps et autres instrumens.

Fig. 1. — Forceps adopté par l'auteur.

a, *a.*—Branche gauche, ou mâle.

b, *b.*— — droite, ou femelle.

c.—Articulation.

d.—Olive du crochet.

e.—Pointe du crochet.

Fig. II.—Même forceps vu de côté,

a.—Plaque du Pivot.

b.—Epaulement du manche.

Fig. III.—Clef du forceps.

Fig. IV.—Forceps de Smellie.

, *a.*—Cuiller entourée d'un ruban de cuir.

b, *b.*—Manches en bois.

Fig. V.—Une branche de ce forceps vue de face.

Fig. VI.—Tube laryngien.

Fig. VII.—Pince à faux germes.

Fig. VIII.—Ciseaux perce-crâne.

Fig. IX.—Perce-crâne simple.

Fig. X.—Porte-cordon de M. Guillon.

Planche VIII.—Instrumens divers.

Fig. I.—Forceps céphalotribe de M. A. Baudelocque.
Fig. II.—Levier brisé, ou à charnière vu de face.
Fig. III.—Le même vu de côté et un peu plié.
Fig. IV.—Levier de Roonhuysen vu de face.
Fig. V. — — — vu de côté.
Fig. VI.—Biberon du sieur Darbo.
Fig. VII.—Pompe à sein.
Fig. VIII.—Bout de sein vu par sa face concave.
Fig. IX.— — vu par le mamelon.

TABLE DES MATIÈRES

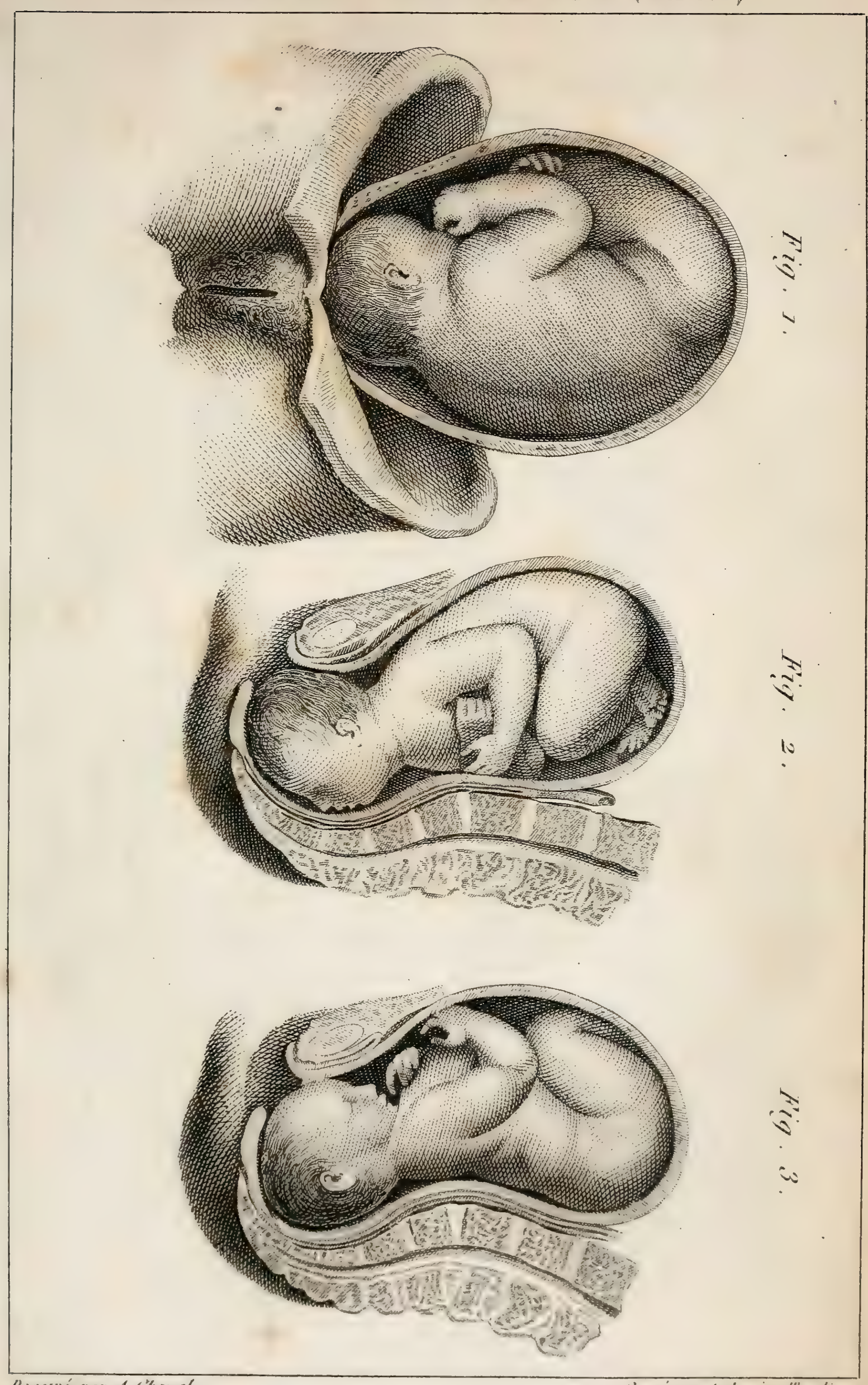
DU TOME SECOND.

SUITE DU LIVRE V, PARTIE PRATIQUE, OU DE L'ACCOUCHEMENT.

LIVRE VI. PUERPÉRALITÉ OU SUITES DE COUCHES.

FIN DE LA TABLE DU DEUXIÈME ET DERNIER VOLUME.

POSITION DU FŒTUS (Vertex).

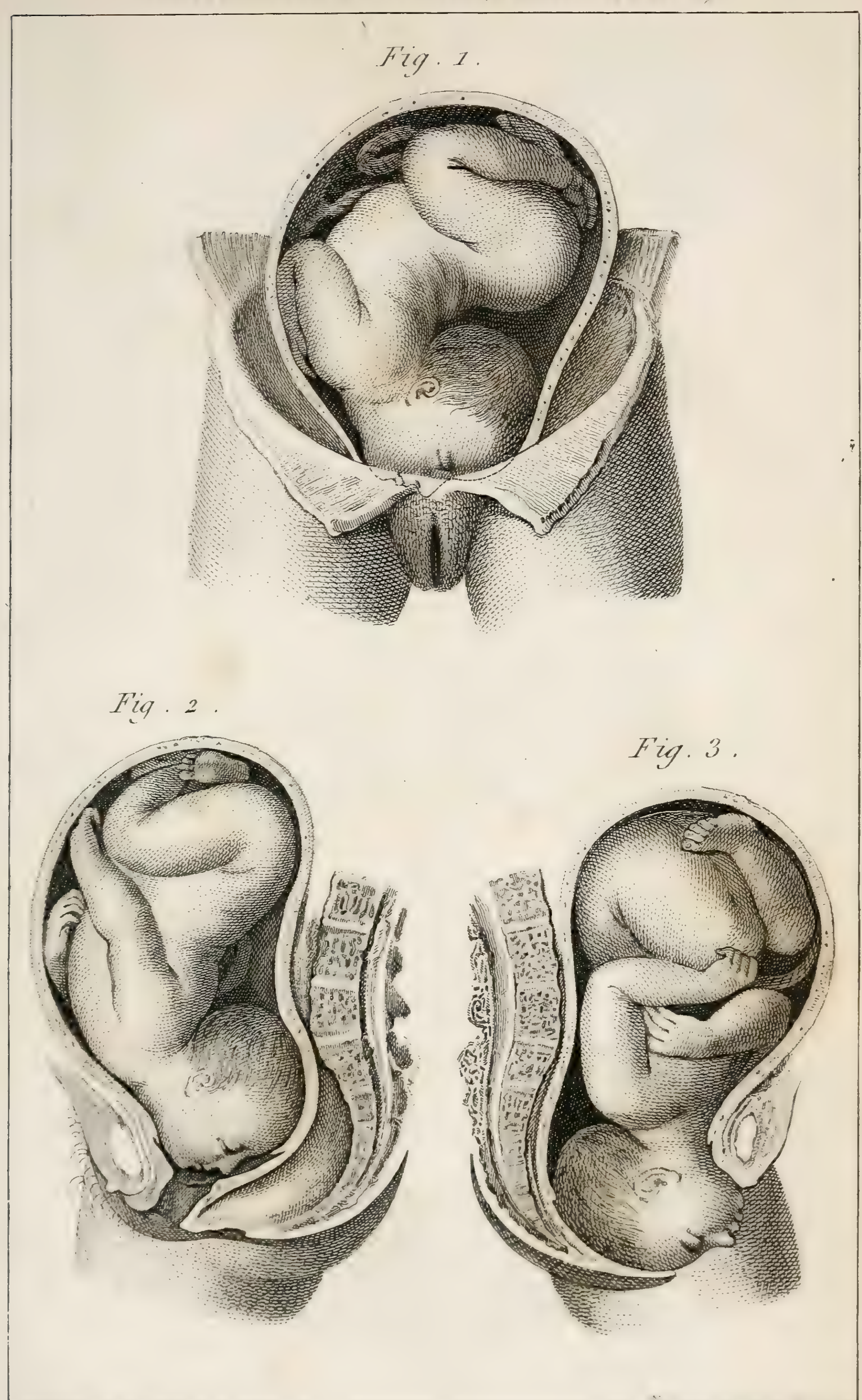


Dessiné par A. Chazal.

Gravé par Ambroise Tardieu.



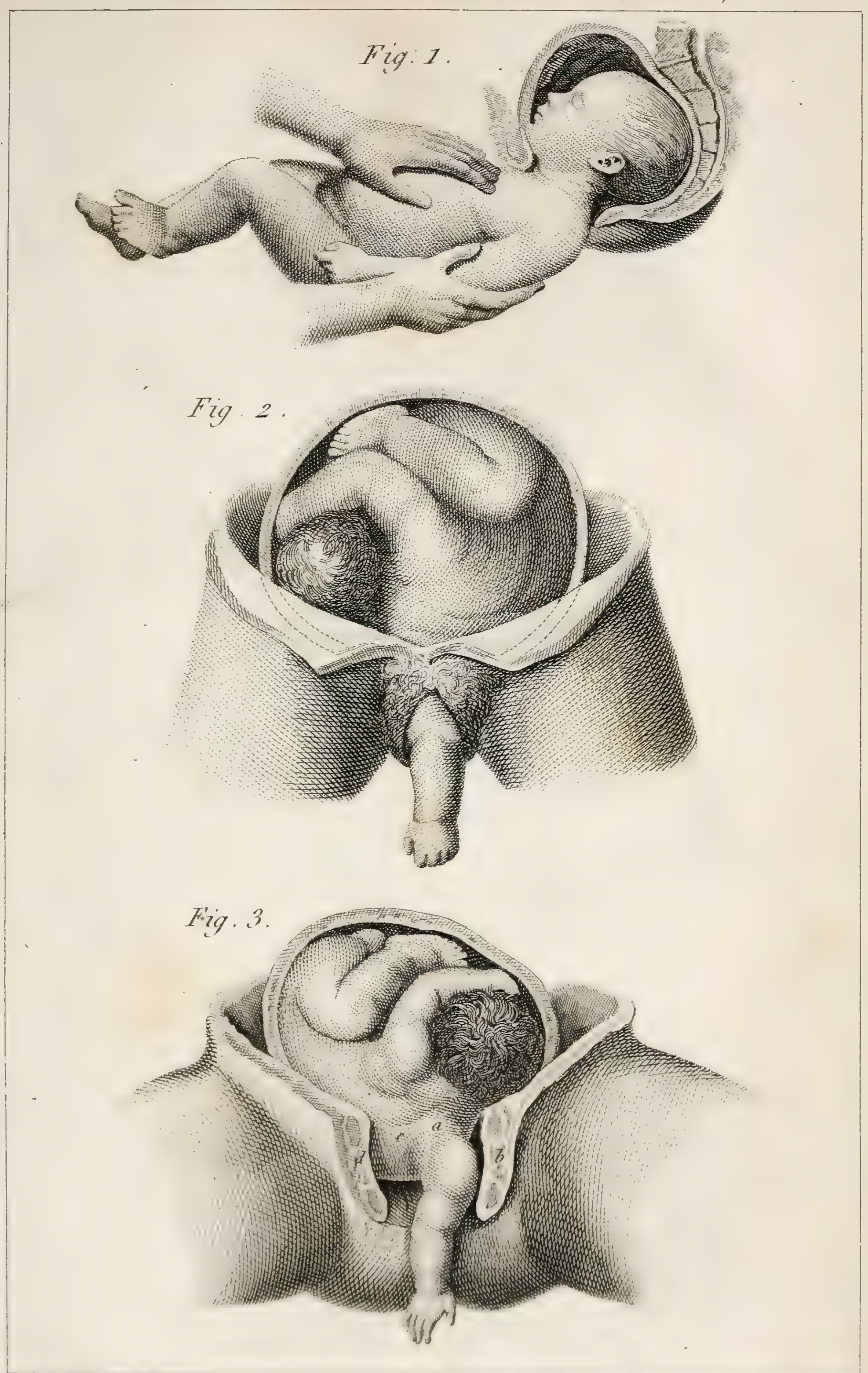
POSITION DU FŒTUS (Face).



Dessiné par A. Chazal. Gravé par Ambroise Tardieu.



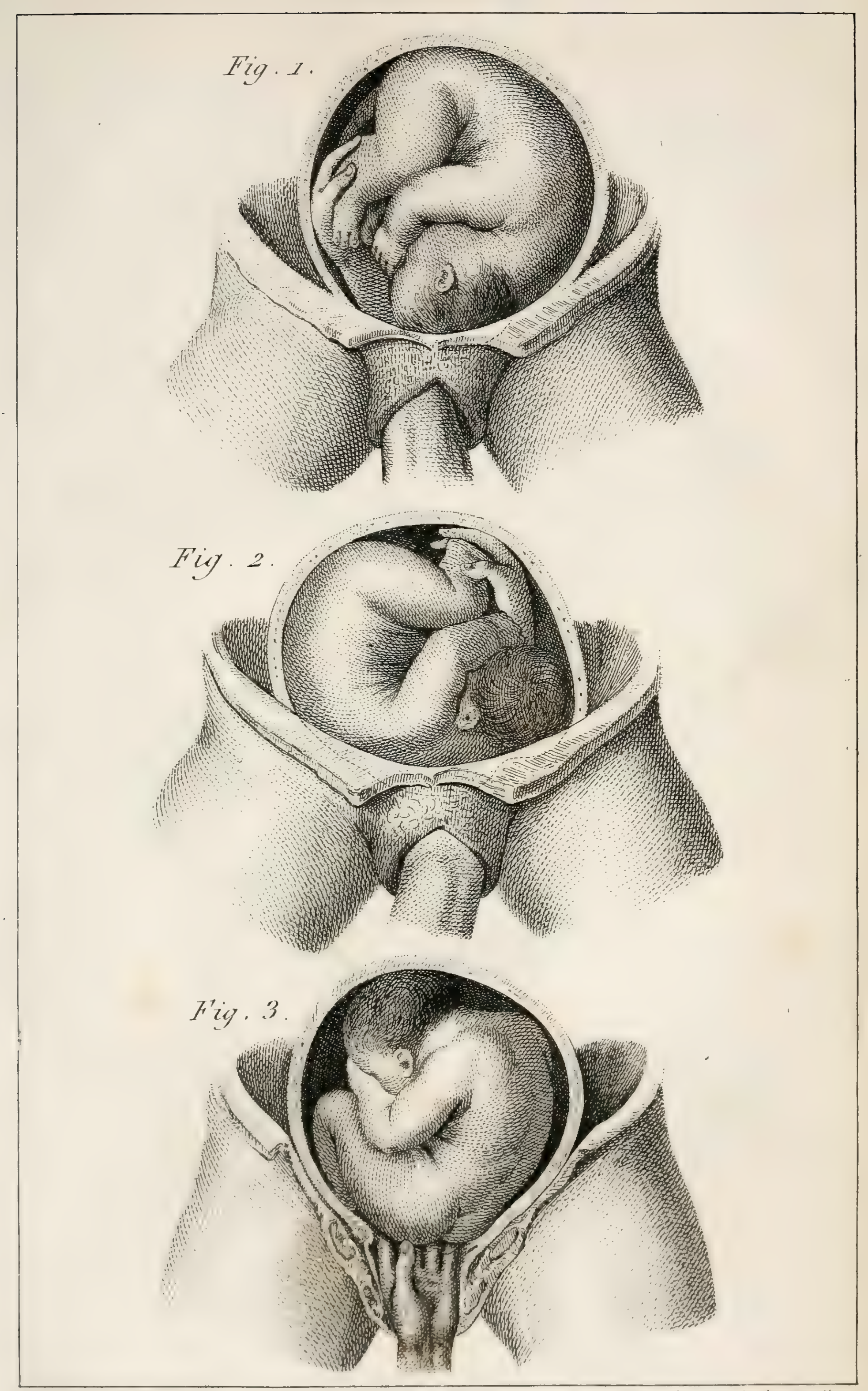
POSITION DU FŒTUS (Tronc).



Dessiné par A. Chazal

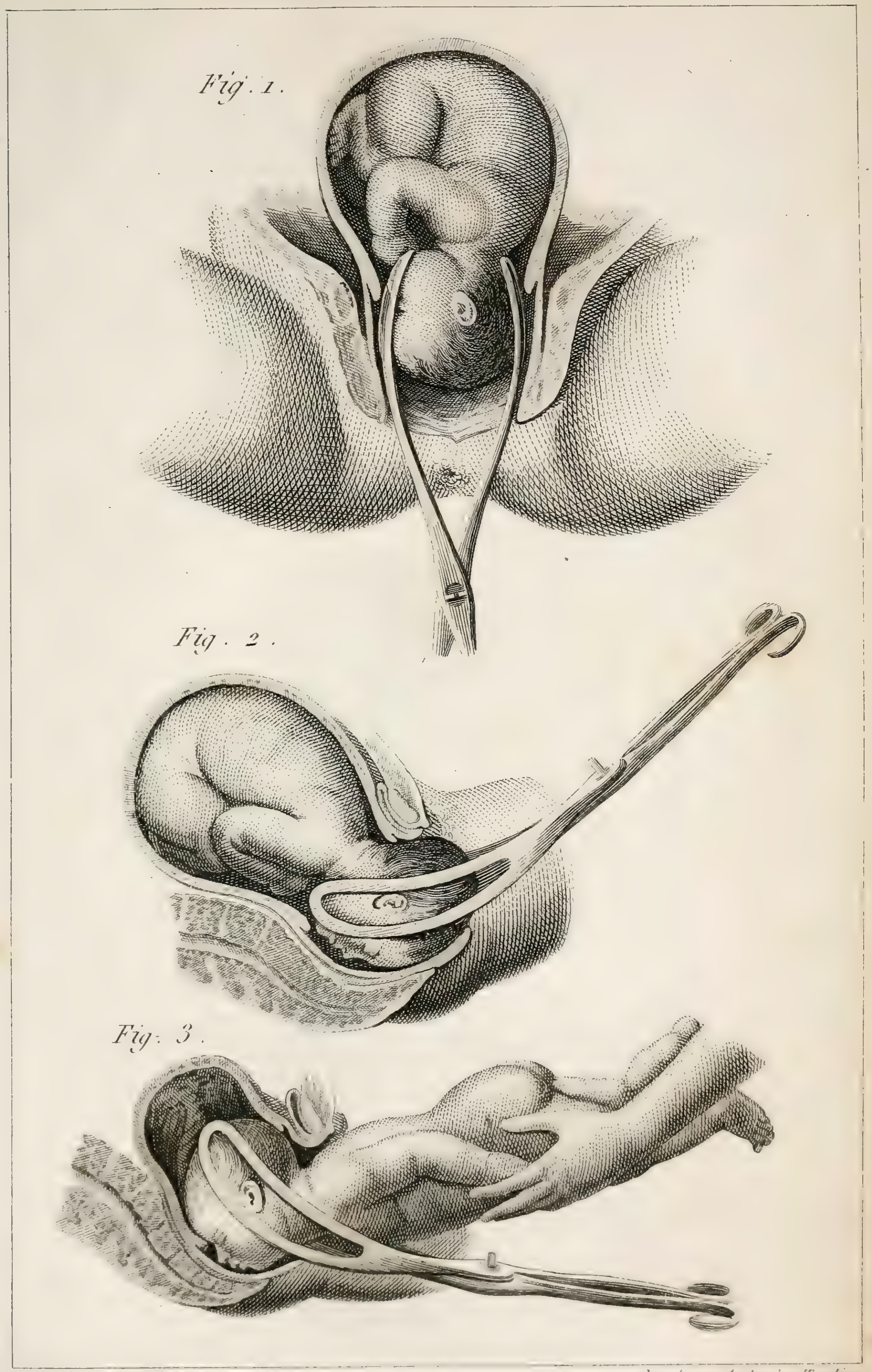
Gravé par Ambroise Tardieu

VERSION.



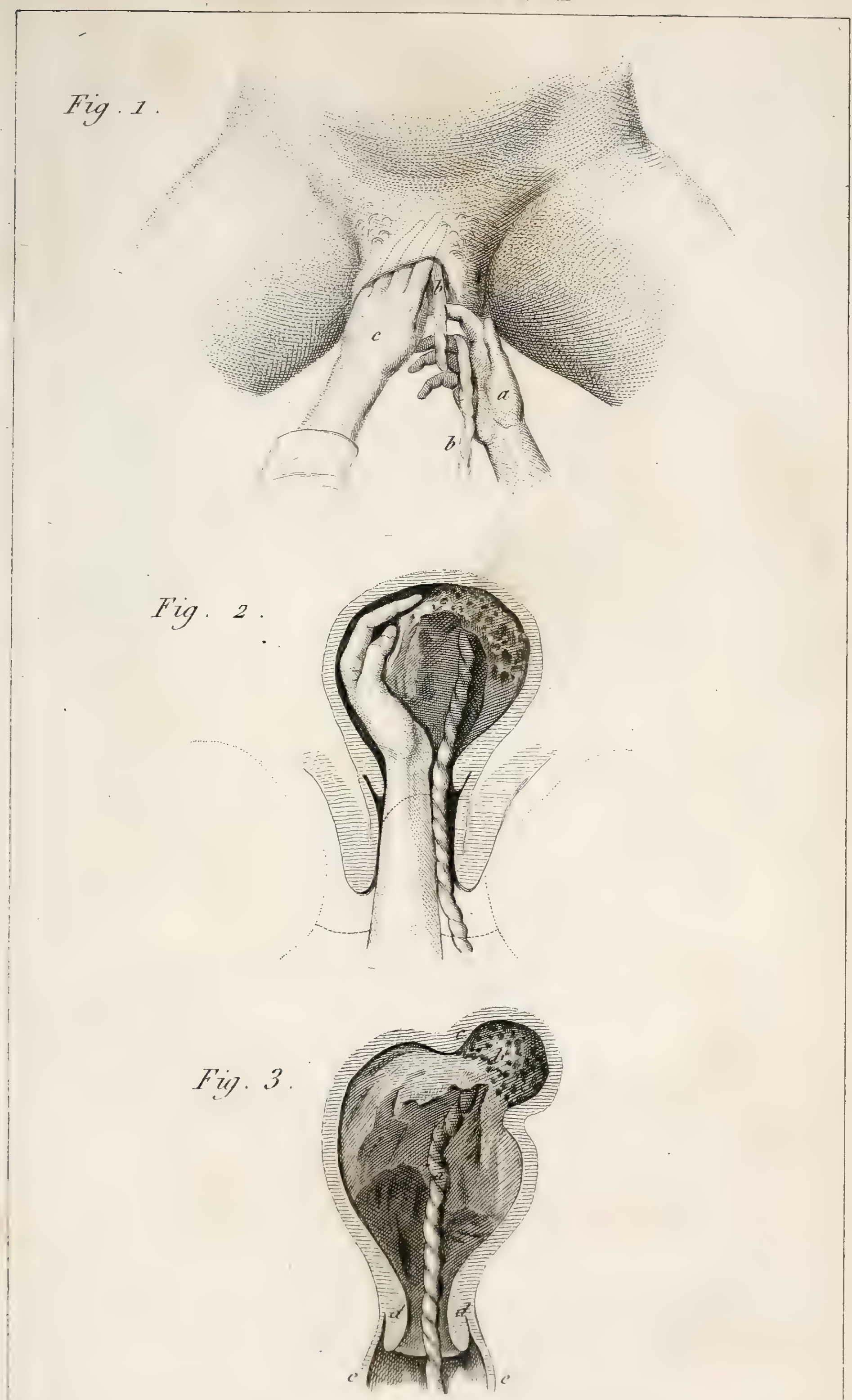
Dessiné par A. Chazal. Gravé par Ambroise Tardieu.

EMPLOI DU FORCEPS.



Dessiné par A. Chazal. Gravé par Ambroise Tardieu.

DÉLIVRANCE.

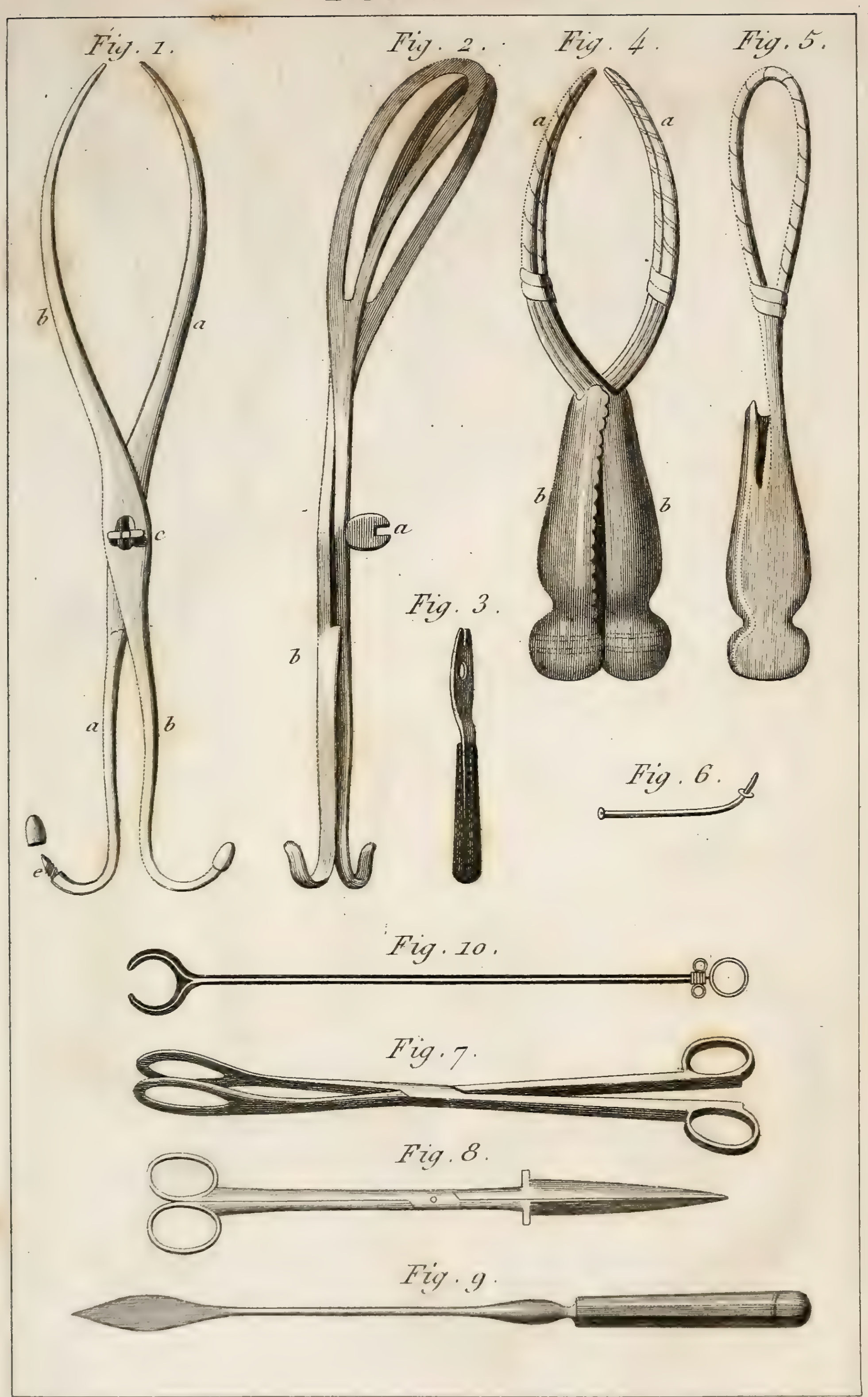


Dessiné par A. Chazal.

Gravé par Ambroise Tardieu.



FORCEPS.

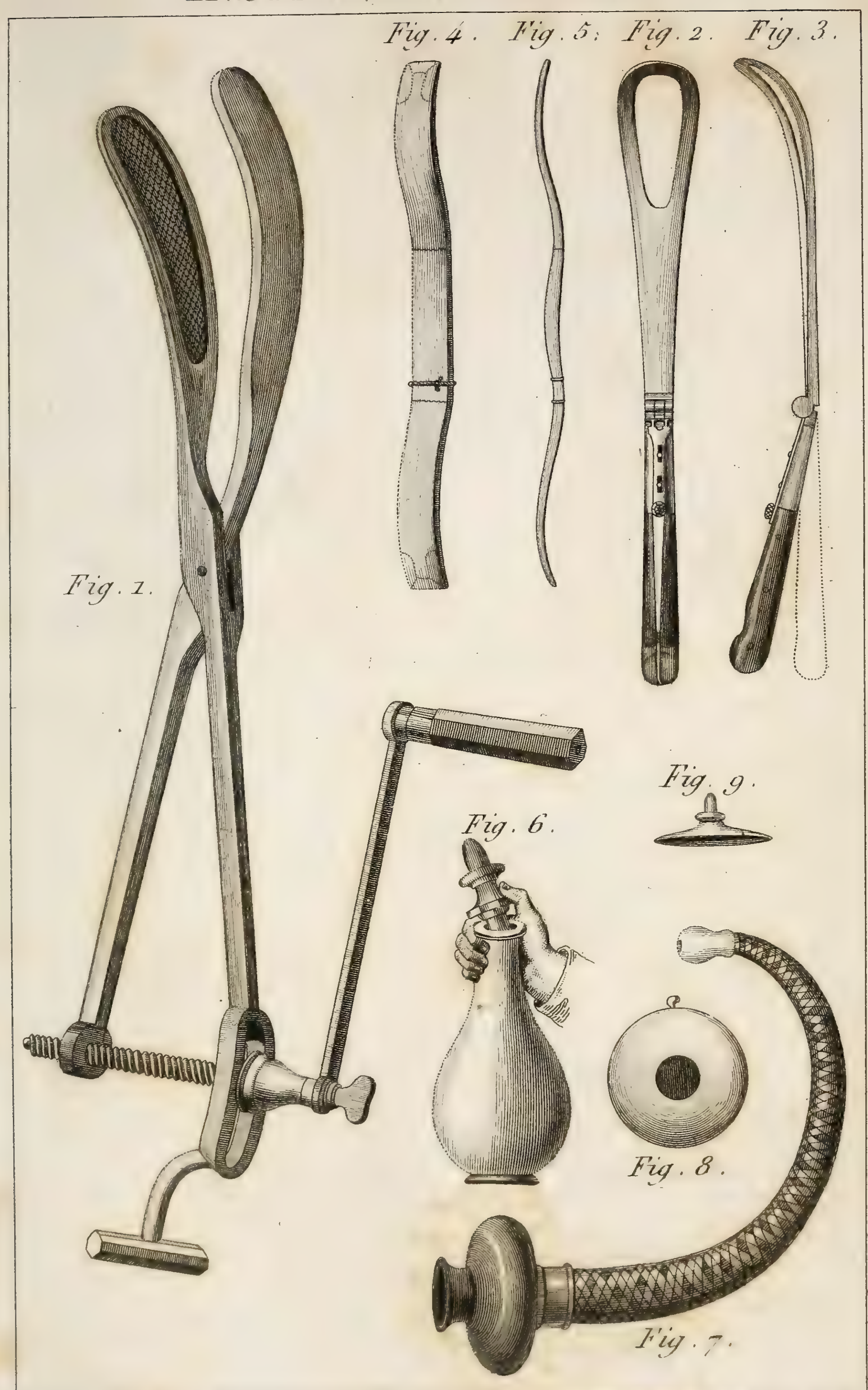


Dessiné par A. Chazal.

Gravé par Ambroise Tardieu.



INSTRUMENS DIVERS.



Dessiné par A. Chazal. Gravé par Ambroise Tardieu.



